

A AVALIAÇÃO DAS CONDIÇÕES DE RISCO ERGONÓMICO DOS TRABALHADORES NO SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

Maria Isabel Barbosa Ribeiro

Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem

2015

Maria Isabel Barbosa Ribeiro

**A Avaliação das Condições de Risco Ergonómico dos
Trabalhadores no Serviço de Neurocirurgia**

Dissertação de Candidatura ao grau de
Mestre em Ciências de Enfermagem,
submetida ao Instituto de Ciências
Biomédicas de Abel Salazar da
Universidade do Porto

Orientadora: Professora Doutora
Maria Manuela Martins.

Professora Coordenadora da Escola
Superior de Enfermagem do Porto

*Ao meu marido, filhos, restante família
e amigos pela paciência e
pelo apoio incondicional.*

Agradecimentos

*O meu sincero agradecimento a todos
os que permitiram a concretização desta investigação,
em particular:*

*À Professora Doutora Manuela Martins,
pelo seu incentivo, pela disponibilidade, pela sua força,
pelo ensinamento, pela orientação, pela persistência
e por ser um modelo;*

*A todos os profissionais de neurocirurgia
que tornaram possível este estudo.*

*A todos os profissionais de saúde
que desempenham as suas funções
com profissionalismo e dedicação.*

RESUMO

A segurança e a saúde dos trabalhadores, tem vindo a constituir uma preocupação dos governos em geral e das entidades empregadoras em particular. A tónica da gestão centrada nos recursos humanos, na qualidade de vida e no bem-estar dos trabalhadores são uma preocupação atual. A longevidade e o aumento da idade da população ativa exigem a adoção de estratégias que previnam as lesões musculoesqueléticas. É o setor automóvel que regista a maior evolução nesta área. Em relação aos profissionais de saúde, são poucos os estudos efetuados, bem como o desenvolvimento da saúde ocupacional, ainda muito direcionado para a prevenção da doença e não para a promoção da saúde.

A existência de registos sistematizados sobre os riscos ergonómicos a que estão sujeitos os funcionários na área da saúde são praticamente inexistentes. Estes profissionais estão sujeitos a diversas agressões e riscos de saúde física e psíquica, fatores que motivaram o presente estudo. Perante esta realidade foi projetado um estudo quantitativo, descritivo exploratório, com a finalidade de criar um programa específico para promoção do bem-estar e alívio de sintomas que advêm dos processos de trabalho no serviço de Neurocirurgia. Foi efetuada colheita de dados por questionário de todos os trabalhadores: 51 Enfermeiros, 16 Médicos, 19 assistentes operacionais, 2 administrativos e 1 assistente social. Variáveis consideradas: sociodemográficas, psicométricas, *stress*, bem-estar e dor. As médias mais elevadas foram de idade nos assistentes operacionais, de altura nos médicos e índice de massa corporal mais baixa nos enfermeiros. Os índices de bem-estar são baixos; o *stress* é controlado com valores mais elevados nos médicos. A dor regista índices elevados, agravada ao longo do turno, pelo que justifica a elaboração de um programa centrado nos exercícios da coluna e membros inferiores. Os trabalhadores enfrentam riscos ergonómicos diferentes de acordo com as atividades desenvolvidas, podendo registar variações de dor ao longo dos turnos.

Os resultados orientam para a elaboração de um programa específico adequado aos grupos profissionais. Tal programa conduzirá à melhoria do bem-estar individual, ao aumento da eficácia, da eficiência e conseqüente aumento da produtividade do serviço.

Palavras chave: profissionais de saúde, risco ergonómico, bem-estar subjetivo, *stress*, dor, lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho, promoção da saúde, ginástica laboral.

ABSTRACT

Safety and workers health, has been a concern of Governments in General and of the employers in particular. The emphasis of management centered on human resources, quality of life and well-being of workers are a current concern. The longevity and the increasing age of the active population require the adoption of strategies to prevent musculoskeletal injuries. Is the auto sector registers the largest development in this area. In relation to health professionals, there are few studies carried out, as well as the development of occupational health, still very directed to the prevention of disease and not for the promotion of health.

The existence of systematic records on the ergonomic risks to which they are subject employees in the area of health are practically non-existent. These professionals are subject to several assaults and physical and mental health risks, factors that have motivated the present study. Faced with this reality was designed a quantitative descriptive exploratory study, for the purpose of creating a specific program to promote the welfare and relief of symptoms arising from work processes in the service of neurosurgery. Data collection was conducted by questionnaire to all employees: 51 nurses, 16 Doctors, 19 2 administrative assistants, operating and 1 social worker. Sociodemographic variables considered: psychometric, *stress*, well-being, and pain. Higher averages were of age in operational assistants, high on the doctors and lower body mass index in nurses. Welfare rates are low; the *stress* is controlled with higher values on the doctors. The pain registers high levels, compounded throughout the shift, by which justifies the development of a program centered on the exercises of the spine and lower limbs. Ergonomic risks faced by different workers according to the activities carried out, and may register variations of pain over the shifts.

The results Guide for the elaboration of a specific program suited to professional groups. Such a program will lead to the improvement of individual well-being, increased effectiveness, efficiency and consequent increase in productivity of the service.

Key words: health professionals, ergonomic risk, subjective well-being, *stress*, pain, work-related musculoskeletal injuries, health promotion, gymnastics.

ABREVIATURAS E SIGLAS

CHSJ – Centro Hospitalar São João

OIT – *Organização Internacional do Trabalho*

SST – Segurança e Saúde no Trabalho

OMS – *Organização Mundial de Saúde*

DGS – Direção Geral de Saúde

ANET – *Associação Nacional de Enfermeiros do Trabalho*

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

PNS – Plano Nacional de Saúde

WHO – *World Health Organization*

SNS – Serviço Nacional de Saúde

OHSAS – *Occupational Health and Safety Assessment Services*

DP – Desvio Padrão

M – Media

SSO – Saúde e Segurança Ocupacional

PDCA – Plain Do Check Act

ARSLVT – Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

UE – União Europeia

VCPSLT – Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho

REPE – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros

DR – Diário da República

IMC – Índice da Massa Corporal

EPS – Escala de Percepção de *Stress*

EBES – Escala de Bem-Estar Subjectivo

WC – Water Closet

n – Numero de respostas

DAA – Declaração de Alma-Ata

ÍNDICE GERAL

AGRADECIMENTOS.....	V
RESUMO.....	VII
ABSTRACT.....	IX
ABREVIATURAS E SIGLAS.....	XI
ANEXOS.....	XIV
ÍNDICE DE FIGURAS, GRAFICOS E TABELAS.....	XV
FIGURAS.....	XV
GRÁFICOS.....	XV
TABELAS.....	XVI
INTRODUÇÃO.....	3
PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	9
1 - MODELO DE SUPORTE PARA ANÁLISE DO PROBLEMA.....	10
1.1 - ENFERMAGEM E SAÚDE NO TRABALHO.....	11
1.2 - MODELO DE INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE.....	13
2 - SAÚDE NO TRABALHO EM AMBIENTE HOSPITALAR.....	17
2.1 – RISCOS NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	22
2.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHADOR.....	25
2.3 – O ENFERMEIRO GESTOR E O RISCO NO AMBIENTE HOSPITALAR.....	26
3 - O CORPO E O MOVIMENTO EM AMBIENTE DE TRABALHO.....	29
3.1 - ERGONOMIA.....	30
3.2 – ANTROPOMETRIA.....	30
3.3 – POSTURA.....	31
3.4 - EXERCÍCIOS LABORAIS.....	32
PARTE II – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO.....	37
1 – PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO.....	38
2 – VARIÁVEIS EM ESTUDO.....	39
3 – POPULAÇÃO, AMOSTRA E CONTEXTO.....	41
3.1 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS.....	42
3.2 – PROCEDIMENTOS DO ESTUDO.....	43
3.2.1 - Procedimentos de Recolha de Dados.....	43
3.2.2 – Procedimentos Éticos.....	44
PARTE III - APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	49
1 – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA.....	49
1.1 – DADOS ANTROPOMÉTRICOS.....	53
1.2 – DOR.....	56

1.3 – DESCRIÇÃO DO BEM-ESTAR	60
1.4 – DESCRIÇÃO DA ESCALA DE PERCEÇÃO DO STRESS (EPS).....	71
1.5 – BIPOLAR	73
2 – APRESENTAÇÃO DE DADOS POR GRUPO PROFISSIONAL	76
3 – DISCUSSÃO DOS DADOS	100
4 - CONCLUSÃO	104
BIBLIOGRAFIA.....	107

ANEXOS

- Anexo I – Questionário – Guia de Preenchimento
- Anexo II – Autorização dos Autores
- Anexo III – Consentimento Informado
- Anexo IV – Carta de Informação Participantes
- Anexo V – Pedido de Autorização
- Anexo VI – Projeto Comissão de Ética

ÍNDICE DE FIGURAS, GRAFICOS E TABELAS

FIGURAS

Figura 1 - Descrição das fases do estudo	37
--	----

GRÁFICOS

Gráfico 1 - Tipo de problemas de saúde relacionados com o trabalho em diferentes setores de atividade em % na UE (Adaptado de Eurostat Statistics in focus 63, 2009)	23
Gráfico 2 - Evolução das notificações de violência a profissionais de saúde.....	24
Gráfico 3 - Caracterização da amostra	41
Gráfico 4 - Índice de adesão ao estudo	49
Gráfico 5 - Distribuição de género	50
Gráfico 6 - Distribuição por local de trabalho	51
Gráfico 7 - Dor de cabeça ao longo do turno	56
Gráfico 8 - Dor cervical ao longo do turno	56
Gráfico 9 - Dor lombar ao longo do turno.....	57
Gráfico 10 - Dor escapular ao longo do turno	57
Gráfico 11 - Dor torácica ao longo do turno	58
Gráfico 12 - Dor sagrada ao longo do turno.....	58
Gráfico 13 - Dor nos membros superiores ao longo do turno	59
Gráfico 14 - Dor nos membros inferiores ao longo do turno	59
Gráfico 15 - Dor dos pés ao longo do turno	60

TABELAS

Tabela 1 - Distribuição da amostra por idade	50
Tabela 2 - Distribuição da amostra por tempo de serviço	50
Tabela 3 - Distribuição da amostra por área profissional	51
Tabela 4 - Distribuição da amostra por tipo de horário praticado	52
Tabela 5 - Distribuição da amostra por carga horária.....	52
Tabela 6 - Distribuição da amostra por peso	53
Tabela 7 - Distribuição da amostra por altura	54
Tabela 8 - Índice de Massa Corporal	54
Tabela 9 - Distribuição da IMC dos participantes	55
Tabela 10 - Distribuição da IMC dos participantes por género.....	55
Tabela 11.1 - Resultados Escala Bem-Estar Subjetivo - Afetos Negativos.....	61
Tabela 11.2 - Resultados Escala Bem-Estar Subjetivo - Afetos Positivos	61
Tabela 12 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “estou satisfeito com minha vida” ..	63
Tabela 13 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “tenho aproveitado as oportunidades da vida”	63
Tabela 14 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “avalio a minha vida de forma positiva”	64
Tabela 15 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “sob quase todos os aspetos minha vida está longe do meu ideal”	64
Tabela 16 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “mudaria o meu passado se eu pudesse”	65
Tabela 17 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “tenho conseguido tudo o que esperava da vida”	65
Tabela 18 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “a minha vida está de acordo com o que desejo para mim”	66
Tabela 19 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “gosto da minha vida”	66
Tabela 20 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “minha vida está ruim”	67
Tabela 21 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “estou insatisfeito com a minha vida”	67
Tabela 22 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “minha vida poderia estar melhor” .	68
Tabela 23 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida”	68
Tabela 24 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “a minha vida é sem graça”	69
Tabela 25 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “minhas condições de vida são muito boas”	69
Tabela 26 - Distribuição da percepção dos participantes sobre “considero-me uma pessoa feliz”	70
Tabela 27 - Resultados da Escala de Percepção do <i>Stress</i>	71
Tabela 28.1 - Resultados Escala Bipolar - Percepção sobre o estado geral no início do turno.....	73

Tabela 28.2 - Resultados Escala Bipolar - Percepção sobre o estado geral a meio do turno	73
Tabela 28.3 - Resultados Escala Bipolar - Percepção sobre o estado geral no fim do turno	73
Tabela 29 - Distribuição dos profissionais por género	76
Tabela 30 - Distribuição dos profissionais por idade	77
Tabela 31 - Distribuição dos profissionais pelo tempo de serviço	77
Tabela 32 - Distribuição dos profissionais por tipo de horário	78
Tabela 33 - Distribuição dos profissionais pelo peso	78
Tabela 34 - Distribuição dos profissionais pela altura.....	79
Tabela 35 - Distribuição dos profissionais pelo IMC	79
Tabela 36.1 - Resultados Escala Bipolar - Diferentes Profissões – Dor.....	80
Tabela 36.2 - Resultados Escala Bipolar - Diferentes Profissões – outros itens.....	80
Tabela 37.1 - Dor de cabeça no início do turno – profissões	82
Tabela 37.2 - Dor de cabeça a meio do turno – profissões	82
Tabela 37.3 - Dor de cabeça no fim do turno – profissões	82
Tabela 38.1 - Dor cervical no início do turno – profissões	83
Tabela 38.2 - Dor cervical a meio do turno – profissões	83
Tabela 38.3 - Dor cervical no fim do turno – profissões	83
Tabela 39.1 - Dor lombar no início do turno – profissões	85
Tabela 39.2 - Dor lombar a meio do turno – profissões.....	85
Tabela 39.3 - Dor lombar no fim do turno – profissões.....	85
Tabela 40.1 - Dor dos membros inferiores no início do turno – profissões	86
Tabela 40.2 - Dor dos membros inferiores a meio do turno – profissões	86
Tabela 40.3 - Dor dos membros inferiores no fim do turno – profissões	86
Tabela 41 - Resultados da Escala Percepção do <i>Stress</i> – Profissões.....	88
Tabela 42.1 - Resultados EBES - afetos negativos	92
Tabela 42.2 - Resultados EBES - afetos positivos	92
Tabela 42.3 - Resultados EBES – satisfação com a vida.....	92
Tabela 43 - Índices geral de Bem-Estar Subjectivo	102

INTRODUÇÃO

INTRODUÇÃO

Decorridos mais de 30 anos de experiência profissional, foram diversos os contextos de trabalho que fomos percorrendo e com o passar do tempo, porque somos detentoras da especialidade de enfermagem de reabilitação, as questões ergonómicas assumiram um papel de relevância que nos foi merecendo preocupação e investimento. Os ensinamentos, a profissionais e a cuidadores informais, sobre a aplicação das diversas técnicas por quem efetua os mais variados procedimentos, minimizando o desconforto do doente e evitando lesões, fazem parte da atividade diária no exercício da profissão.

Com a elaboração deste trabalho não se pretende apenas dar resposta à exigência académica, mas contribuir igualmente para compreender os riscos e condições ergonómicas a que se encontram expostos os diversos profissionais do serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar São João (CHSJ) e avaliar qual o efeito no bem-estar dos trabalhadores.

Gerir com qualidade, requer preocupação não só com os clientes, mas também com os trabalhadores. Acreditamos que o sucesso dos serviços está nas pessoas que os integram. O investimento e a valorização do potencial humano tem sido reflexo de uma alteração de conceitos e práticas de gestão por parte das organizações.

Hoje sabemos que um elevado número de pessoas passam grande parte da sua vida no local de trabalho. Se por um lado as empresas têm como objetivos o lucro, produtividade, eficácia, redução de custos, maximização de recursos humanos e financeiros, estes parecem incompatíveis com os objetivos individuais orientados para remunerações atrativas, desenvolvimento e progressão profissional, segurança e conforto no trabalho. Esta será a base de uma negociação para uma parceria de sucesso, a organização ganha se tiver trabalhadores motivados e empenhados na progressão da empresa e por sua vez, os trabalhadores esperam o reconhecimento da empresa para que esta invista na criação de boas condições de trabalho e envolvimento na tomada de decisão. Partilhamos assim do pensamento “ (...) *os empregados precisam ser felizes. Para que sejam produtivos, os empregados devem sentir que o trabalho é adequado às suas capacidades e que estão a ser tratados equitativamente*” (Chiavenato, 1999).

A segurança no trabalho é uma preocupação recente, mas ainda muitas vezes não aprofundada no exercício profissional diário. Deparamo-nos frequentemente com acidentes ou consequências fruto do exercício da atividade profissional com repercussões no bem-estar dos trabalhadores, muito embora sejam ainda escassos os registos destes dados. No decorrer deste trabalho de investigação foi possível constatar

que esta preocupação foi evoluindo, acompanhando o desenvolvimento dos contextos laborais e as alterações das necessidades humanas. O Código de Hammurabi (1972 e 1750 a.C.), foi o primeiro repositório de preceitos legais onde constavam as penas aplicadas aos responsáveis pelos acidentes de trabalho (Freitas, 2011).

Com a Revolução Industrial e as teorias de administração, e após a assinatura do Tratado de Paz (1919) que marca o fim da I Guerra Mundial, é criada a Organização Internacional do Trabalho - OIT - uma importante plataforma "*mínima em matéria de condições de trabalho*" (Freitas, 2011).

Em 1921 foi criado um Serviço de Prevenção de Acidentes de Trabalho cuja finalidade era a de acompanhar as alterações das condições de trabalho com o intuito de prevenir riscos de acidente ou doença de trabalho. A segurança passa desde essa altura a ser fator relevante para as entidades governamentais e institucionais passando mesmo a ser considerada um direito social.

Em 1946 surgem os primeiros serviços de medicina no trabalho e as primeiras reflexões sem ergonomia - "*ciência que estuda adaptação do trabalho ao homem ou o conjunto de conhecimentos sobre o homem, (...), necessários para desenhar postos de trabalho, equipamentos ou sistemas de trabalho, que permitam trabalhar com o máximo de segurança, conforto e eficácia*" (Wisner em Freitas, 2011, pg. 621).

O Comité Misto definiu em 1950 que seriam objetivos da Saúde Ocupacional - "*a promoção e manutenção do mais alto grau de bem-estar físico, mental e social dos trabalhadores de todas as ocupações; a prevenção de desvios de saúde causadas pelas condições de trabalho; a proteção dos trabalhadores contra os riscos resultantes dos fatores nocivos para a saúde; a colocação e manutenção do trabalhador em função das suas aptidões físicas e psicológicas,*" ou seja, promove-se uma sintonia entre o trabalhador e o posto de trabalho. Desde então foram várias as alterações e estratégias para dar cumprimento às diretrizes da Segurança e Saúde do Trabalho (SST). A nova estratégia da Segurança e Saúde do Trabalho para 2007-2012 intitulada - Melhorar a Qualidade e a Produtividade do Trabalhador enumera um conjunto de ações com vista a identificar e avaliar a existência de novos riscos, fomentar a troca de informação, investigação e aplicação dos resultados (Freitas, 2011).

A potencializar o problema sobre as condições de trabalho acresce que a assistência de enfermagem, tem como objetivos fundamentais a prevenção da doença, a promoção dos processos de readaptação, a procura da satisfação das necessidades humanas fundamentais e a maximização da independência na realização das atividades do

quotidiano, procurando a adaptação funcional aos défices a múltiplos fatores - frequentemente através de processos de aprendizagem do cliente (Ordem, 2001).

O Plano Nacional de Saúde 2012-2016 expressa como imperativo a promoção de contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida *"Saúde não se acumula mas resulta de um histórico de promoção da Saúde e prevenção da doença e suas complicações, da adoção de comportamentos saudáveis e vivências em contextos saudáveis. São as perdas de Saúde que podem ter um efeito cumulativo ao longo da vida"*, situação que também se aplica aos profissionais de saúde.

Os profissionais de saúde, pela natureza da sua função, estão sujeitos a diversas agressões que podem pôr em risco a sua saúde, tanto na componente física como psíquica. Porque encontramos algumas referências sobre as lesões musculoesqueléticas como causa frequente de doença relacionada com o exercício da atividade profissional aplicamos a nossa investigação à realidade do serviço de neurocirurgia e demos corpo a uma pesquisa quantitativa com recurso à evidência encontrada e limitando o estudo de carácter descritivo a algumas variáveis que possam estar ligadas ao bem-estar das pessoas no exercício da sua atividade.

Tentamos estruturar o presente estudo em três partes; enquadramento teórico, onde tentaremos descrever o estado da arte, e de que forma o estudo se enquadra na disciplina; na segunda parte descreveremos o planeamento do estudo e do trabalho de campo. Na última parte apresentaremos a análise e discussão dos resultados.

É nosso objetivo descrever de forma sequencial como nos preparamos para estudar as diferentes profissões e as condições dos trabalhadores no exercício da sua atividade no serviço de neurocirurgia do Centro Hospitalar de S. João, pois pretendemos criar um programa de intervenção para capacitar os trabalhadores para dar resposta às exigências físicas do trabalho por forma a garantir o bem-estar.

O serviço presta assistência a grande parte dos doentes da zona norte diagnosticados com doença neurocirúrgica traumática e não traumática. É um serviço que está de urgência 24 horas, 365 dias por ano. A admissão ao serviço é efetuada portanto pela urgência, pela consulta e por transferência interna e externa. O serviço assegura a prestação de cuidados a todos os doentes com traumatismo cranioencefálico, traumatismo vertebro-medular, doença oncológica cerebral, doença vascular e de liquor, bem como todas as condições clínicas passíveis de intervenção cirúrgica cerebral ou medular. De forma geral são situações clínicas incapacitantes que exigem dos profissionais uma atenção e um grande esforço físico. As situações vivenciadas têm, de forma geral, uma elevada carga psicológica. Casos de doença oncológica diagnosticada na

população mais jovem e situações de vida complicadas, provocam inevitavelmente desgaste físico e psicológico.

Os profissionais cuja atividade se desenvolve na área da saúde, necessitam de cuidados especiais de forma a promover a sua saúde física e mental, evitando situações de *stress*, de lesões musculoesqueléticas, tendo sempre como objetivo a melhoria da qualidade de vida destes profissionais.

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

PARTE I – ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Ao partir para uma pesquisa, os modelos conceptuais que sustentam as decisões são determinantes. O envolvimento neste trabalho levou-nos a uma pesquisa exaustiva e a uma reflexão sobre o tema, daí termos sentido necessidade de seguir alguns autores cujas pesquisas têm incidido neste tema central alvo do nosso estudo. Complementarmente a estas orientações, consideramos o grande impacto das referências a este assunto encontradas nas recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS), sobre o estado da arte no país. Da pesquisa efetuada concluímos que existem poucos estudos que incidam sobre os profissionais de saúde, sendo que grande parte destes e a legislação em vigor incidem sobre a indústria.

Com o objetivo de otimizar o nosso método de análise e organização do estudo pretendemos, na primeira parte deste relatório, fazer uma síntese da literatura consultada, para fazer o traçado da investigação.

Sendo o problema que pretendemos estudar comum a todos os profissionais, pretendemos saber se haverá particularidades nos riscos para cada um, bem como a razão pela qual um enfermeiro se preocupa com este problema e de que forma os problemas de prevenção e promoção da saúde se enquadram no conhecimento específico de enfermagem.

Todos os trabalhos têm especificidades e riscos, podendo haver áreas de maior ou menor incidência. Contudo, o que pretendemos explorar, são os problemas musculoesqueléticos no ambiente de trabalho hospitalar e na especificidade dos serviços de internamento, pelo que nesta parte privilegiaremos a saúde no trabalho em meio hospitalar.

A vigilância de saúde está na primeira linha da responsabilidade individual do trabalhador, acompanhada por uma forte intervenção dos serviços de medicina no trabalho, que por força da lei, onde se tem sentido uma intervenção mais ativa em determinadas áreas. Contudo no dia-a-dia, onde se articula a força do trabalho, as condições de segurança e o acompanhamento do exercício profissional tendo em conta os objetivos de produção recaem nos gestores intermédios, que por vezes descuidam esta área de gestão dos recursos humanos. Por esta razão incorporamos o tema sobre o gestor e o risco no ambiente hospitalar.

Para uma melhor compreensão do problema vamos ainda ter em conta o corpo e o movimento em ambiente de trabalho. Cada trabalho implica diferentes exigências físicas

e naturalmente as consequências de atos repetidos ou muito agressivos são determinantes nos riscos físicos. De seguida abordaremos as questões da Ergonomia, onde incorporaremos a postura e por último, trazemos para a revisão os aspetos mais pertinentes da ginástica laboral. Naturalmente este último tema trará contributos para a organização do programa, que poderá vir a ser construído com os resultados deste estudo.

Esta parte foi suportada na revisão da literatura, que por vezes teve de recuar no tempo fundamentando-se em autores para além da última década, porque foram determinantes na construção do conhecimento nesta área.

1 - MODELO DE SUPORTE PARA ANÁLISE DO PROBLEMA

A evolução da enfermagem como ciência teve origem com Florence Nightingale, sendo diversas as teóricas que desde o século XX emergiram. Citando Tomey e Alligood (2002, pag. 3) "*os líderes da enfermagem começaram a perceber que era necessário uma base de conhecimento para a prática de enfermagem profissional*". Como gestores de um serviço pretendemos explorar os problemas em estudo com bases nos conhecimentos de enfermagem.

Como enfermeira e para prosseguir no nosso estudo, tornou-se imperativo procurar um modelo que sustentasse o desenvolvimento da pesquisa. A escolha do modelo de suporte teórico é a base científica do conhecimento, pois uma teoria explica e melhora a prática, desenvolve as capacidades de análise crítica, orientando a investigação.

Tomey e Alligood (2002) ajudou-nos a refletir sobre a evolução da enfermagem. Foi através de Florence Nightingale, que com a sua organização, sistematização dos cuidados prestados aos feridos da Guerra da Crimeia e da criação da escola de enfermagem que surge a enfermagem moderna. As suas atividades pioneiras e os seus escritos sobre a enfermagem contribuíram para a proliferação das escolas. Na história da enfermagem podemos identificar algumas fases de evolução do pensamento. A primeira pode ser considerada como a era da prática, onde se dá ênfase ao desenvolvimento da atividade profissional; a segunda, a era do currículo, onde a preocupação recai nos conteúdos programáticos da formação centrada na questão dos conteúdos que devem ser dados nos cursos de enfermagem; a terceira fase, a era da investigação, caminho para o novo conhecimento; a quarta fase, a do ensino graduado, altura em que surge

programas de mestrado para formação mais específica, dando origem à quinta fase, a era da teoria, do desenvolvimento do conhecimento sendo que este emerge da necessidade de orientar e sustentar a investigação. Neste momento encontramos-nos na fase contemporânea - prática baseada na evidência, *"A teoria confere significado ao conhecimento de modo a melhorar a prática descrevendo, explicando e antevendo os fenómenos"* (Tomey e Alligood, 2002, pag.12). É este o caminho que pretendemos seguir na área da promoção da saúde no contexto do trabalho.

Vamos assim percorrer um pouco da história da saúde no trabalho sob a perspetiva da enfermagem, explorando o modelo que nos aproximou do problema, Modelo de Promoção da Saúde de Nola J. Pender, que publicou o seu primeiro estudo em 1975 *"A Conceptual Model for Preventive Health Behaviour"*.

1.1 - ENFERMAGEM E SAÚDE NO TRABALHO

Foi em Inglaterra que a enfermagem do trabalho teve a sua origem e onde os enfermeiros passaram a dar assistências aos trabalhadores das empresas (Lucas, 2004).

Hoje em dia, nas grandes organizações, existem serviços de saúde dos trabalhadores onde grande parte da assistência é garantida pelos enfermeiros. Trata-se de uma assistência autónoma, colocando a tónica na maximização da saúde, na prevenção da doença/acidente e redução dos riscos. *"A enfermagem do trabalho é definida como a ciência e prática especializada que providencia e presta serviços de saúde a trabalhadores e populações ativas. A prática incide na promoção, na proteção e no restabelecimento de saúde do trabalhador, no contexto de um ambiente de trabalho saudável e seguro"* (Rogers, 1997 cit in Lucas, 2004).

A enfermagem do trabalho deve identificar os trabalhadores, vigiar a saúde destes, orientar para a promoção e proteção da saúde, orientar na prevenção de riscos e manutenção da saúde, considerando que a atividade profissional e o local onde esta se desenvolve têm influência na saúde e qualidade de vida das pessoas, até porque grande parte da vida é passada em ambiente laboral.

O enfermeiro do trabalho aplica o processo de enfermagem ao grupo de trabalhadores, iniciando este processo através da observação do local de trabalho. Identifica os trabalhadores através da colheita de dados, identifica os riscos, levanta diagnósticos do

grupo, implementa e desenvolve programas de saúde e intervenção de enfermagem dirigidos ao grupo (Lucas, 2004).

A publicação da orientação da Direção Geral de Saúde (DGS) nº 009/2014 que regula a “Autorização para o exercício de Enfermagem do Trabalho” baseada na Lei nº 59/2008, onde se aprova o regime de Contrato de Trabalho em Funções Publicas, prevê que “*Nos órgãos ou serviços com mais de 200 trabalhadores, a responsabilidade técnica da vigilância da saúde cabe ao médico e ao enfermeiro do trabalho*”. Mais, refere que “*Em empresa com mais de 250 trabalhadores, o médico do trabalho deve ser coadjuvado por um enfermeiro com experiência adequada*” e ainda que “*As atividades a desenvolver pelo enfermeiro do trabalho são objeto de legislação especial.*” Podemos ler na mesma Orientação da DGS que a atividade do enfermeiro do trabalho; “*Focaliza-se na promoção e proteção da saúde e bem-estar no local de trabalho, na prevenção de acidentes e doenças relacionadas ou agravadas pelo trabalho, com o propósito de promover ambientes de trabalho saudáveis e seguros.*”

Também em Junho de 2014 foi publicado, pela Ordem dos Enfermeiros em parceria com a Associação Nacional de Enfermeiros do Trabalho (ANET), a tradução do “*The Role of the Occupational Health Nurse in Workplace Health Management*”, da responsabilidade da OMS, que traduzido para português assumia o título de “*O Enfermeiro do Trabalho na Gestão de Saúde Ocupacional*”. Através deste documento podemos perceber o papel do enfermeiro do trabalho na Europa. Embora com uma diversidade grande de práticas percebe-se, pela leitura do documento, que os enfermeiros do trabalho ao desempenharem as suas funções de forma independente ou inseridos numa equipa, tomam a dianteira na proteção e promoção da saúde dos trabalhadores em geral. Os enfermeiros, devido ao fator proximidade podem avaliar as necessidades nas populações laborais e implementar iniciativas de saúde e segurança no trabalho.

Podemos identificar o enfermeiro do trabalho (Ordem Enfermeiros, 2014, pág. 15) como “*um enfermeiro com formação completa que para além do ensino de formação geral de enfermagem, teve um período adicional de estudo formal em saúde no trabalho, levando a uma qualificação especializada e reconhecida no trabalho, mais frequentemente ao nível de grau universitário*”. O seu papel deve ser orientado para a prevenção das lesões e doenças, para a promoção da saúde, da capacidade de trabalho e melhoria da gestão da saúde ambiental.

O que torna importante o papel do enfermeiro é a sua proximidade do local de trabalho, facilitando a acessibilidade e a intervenção precoce. Os enfermeiros são profissionais que

estão aptos a avaliarem as necessidades de cuidados de saúde e formularem planos de acordos com os problemas identificados (Ordem Enfermeiros, 2014).

1.2 - MODELO DE INTERVENÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE

Depois de um olhar diferenciado sobre alguns modelos de enfermagem encontramos Nola Pender. A autora estudou o comportamento da promoção de saúde na década de setenta do século passado e publicou pela primeira vez o Modelo de Promoção de Saúde (MPS) em 1982. Relatou que esse modelo foi construído a partir da Teoria de Expectativa de Valor e da Teoria Cognitiva Social, usando uma perspetiva de enfermagem. Verificamos pela pesquisa que o modelo foi ligeiramente modificado, no final da década de oitenta do século passado e novamente renovado em 1996 (Pender, 1996; Pender, Murdaugh e Parsons, 2002 citado em McEwen e Wills, 2009).

Para compreender a força do modelo para este estudo é importante lembrar que Pender e os colegas, levaram a cabo um curso de investigação subsidiado pelo National Institute of Nursing Research, para avaliar o Modelo de Promoção da Saúde, em quatro populações: adultos trabalhadores, adultos idosos da comunidade, doentes oncológicos ambulatoriais e doentes em reabilitação cardíaca. Os estudos testaram a validade do modelo (Sakraida in Tomey e Alligood 2002).

As teorias suportam-se em metaparadigmas, que naturalmente sustentam a aplicabilidade da mesmas e assim esta centrou-se nos conceitos de pessoa, ambiente, enfermagem, saúde e doença.

A pessoa, é um organismo biopsicossocial que é parcialmente modificado pelo ambiente, criando o seu próprio ambiente, estabelecendo uma reciprocidade entre pessoa e ambiente. As características individuais da pessoa, bem como a sua experiência de vida, alteram comportamentos, incluindo os comportamentos de saúde.

O contexto social, cultural e físico em que se desenrola o curso de vida é para Pender (1982) o ambiente. Este pode ser manipulado pelo indivíduo para criar um contexto positivo e facilitador de comportamentos com claros benefícios para a saúde.

Considerando que esta teoria se centra na profissão de enfermagem, ela expressa-a no sentido da intervenção em colaboração com o indivíduo, família e comunidade, para criar condições favoráveis à existência de uma ótima saúde e bem-estar, sendo que a saúde é definida como a realização do intrínseco e adquirido do potencial humano, através do

comportamento dirigido para um objetivo, auto-cuidado competente, e relacionamentos satisfatórios com os outros. A saúde é um conjunto de experiências de vida, incluindo a do trabalho.

Para Pender (1982) a doença é um conjunto de eventos que ocorrem durante todo o ciclo de vida. De curta duração, a que chama de agudos, podendo ser de longa duração, ou seja crónicos e podem dificultar ou facilitar a nossa busca contínua da saúde.

Importa ainda referir que a teoria enuncia sete pressupostos que refletem a perspetiva da ciência comportamental e enfatizam o papel da pessoa na gestão de comportamentos de saúde, alterando o contexto ambiental, sendo de salientar: “1. *as pessoas procuram criar condições de vida através das quais exprimem o seu potencial de saúde humano e único;* 2. *As pessoas têm a capacidade de autoconsciência reflectiva, incluindo a apreciação das suas próprias competências;* 3. *As pessoas valorizam o crescimento em direções entendidas como positivas e tentam atingir um equilíbrio pessoalmente aceitável entre mudança e estabilidade;* 4. *Os indivíduos procuram regular ativamente o seu próprio comportamento;* 5. *Os indivíduos, em toda a sua complexidade biopsicossocial, interagem com o ambiente, transformando-o progressivamente e sendo transformados ao longo do tempo;* 6. *Os profissionais de saúde constituem parte do ambiente interpessoal que exerce influência sobre as pessoas ao longo do seu ciclo vital;* 7. *A reconfiguração auto iniciada dos padrões interativos pessoa-ambiente é essencial à mudança de comportamento*”.(Tomey e Alligood, 2002, p.705-706)

Pender ajudou-nos a compreender que do ambiente fazem parte os processos de trabalho, o que inclui, naturalmente, a cultura de uma organização, como um conjunto único de características que permite distingui-la de qualquer outra (Teixeira,1998).

As organizações revestem-se de especificidades que dominam as condições de trabalho e que nos obrigam a situarmo-nos no conceito de cultura. Esta pode ser definida por um conjunto de valores, símbolos e condutas que os indivíduos partilham em sociedade e permitem definir um grupo em relação aos demais (Merrit e Helmreich cit, in Freitas, 2002).

De facto é importante considerar a cultura de segurança das organizações, para compreendermos até que ponto esta influencia o ambiente e as intervenções de promoção de saúde. Recordemos o que diz o antropólogo Geertz (1973, pp.4-5) sobre a cultura: “*o legado social que o indivíduo adquire do seu grupo*”; “*um modo de pensar sentir e acreditar*”; “*um armazém de aprendizagem coletiva*”; “*um conjunto de orientações estandardizadas para problemas recorrentes*”; “*comportamento aprendido*”⁷. Assim a

cultura de segurança faz-se pela interação entre os valores da organização com a o sentimento dos trabalhadores face ao problema.

Aprofundemos o conceito de segurança no trabalho. Existem autores que defendem que a segurança no trabalho depende da mudança de comportamento dos trabalhadores, o ficando esse facto para além das condições oferecidas pelas organizações. Assim sendo, o comportamento baseado na segurança (behavioural safety) *"é uma abordagem desenhada para mudar comportamentos relacionados com a segurança diretamente através da aplicação de princípios comportamentais e estratégias múltiplas, tais como a observação dos pares de comportamentos seguros, estabelecimento de metas, "feedback" de desempenho e celebrações ou incentivos por atingir metas de segurança"* (Wirth e Sigurdsson, 2008, p.589).

O modelo de Nola Pender, *"afirma que existem processos bio-psico-sociais complexos que motivam os indivíduos a ter comportamentos orientados no sentido da melhoria da saúde"*. (Tomey e Alligood, 2002, p.706).

As crenças, a afetação e regulamentação do comportamento de promoção de saúde; 2. as pessoas comprometem-se a ter comportamentos dos quais antecipam benefícios pessoalmente valorizados; 3. as barreiras percebidas podem comprometer a ação, um mediador do comportamento assim como o comportamento atual; 4. a competência percebida ou a autoeficácia para executar um dado comportamento aumenta a probabilidade do compromisso com a ação e o desempenho real do comportamento; 5. uma melhor autoeficácia percebida resulta em menos barreiras percebidas ao comportamento de saúde específico; 6. a apresentação positiva no sentido de um comportamento, resulta numa maior autoeficácia percebida que pode, por sua vez, resultar num aumento da apresentação positiva; 7. quando emoções ou apresentações positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a ação aumentam; 8. as pessoas estão mais propensas a comprometerem-se e a adotarem comportamentos de promoção de saúde quando outros significativos modelam o comportamento, esperam que o comportamento ocorra e prestam ajuda e apoio para permitir o comportamento; 9. as famílias, os pares e os prestadores de cuidados de saúde são importantes fontes de influência interpessoal que podem aumentar ou diminuir o compromisso e a adoção de comportamentos de promoção de saúde; 10. as influências situacionais no ambiente externo podem aumentar ou diminuir o compromisso ou a participação em comportamentos de promoção da saúde; 11. quanto maior o compromisso com um plano de ação específico, maior a probabilidade de se manterem comportamentos de promoção de saúde ao longo do tempo; 12. é menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejado quando as

exigências da competição sobre as quais as pessoas têm pouco controlo requerem atenção imediata; 13. é menos provável que o compromisso com um plano de ação resulte no comportamento desejável quando outras ações são mais atraentes e, deste modo, preferidas em detrimento do comportamento-alvo; 14. as pessoas podem alterar conhecimentos, a apresentação e os ambientes interpessoal e situacional para criar incentivos a ações de saúde. (Tomey e Alligood, 2002, p.706).

Sakraida (in Tomey e Alligood, 2002), em relação ao modelo de Nola Pender, explica que este foi formulado com o objectivo de agregar tudo o que se sabe sobre promoção de saúde e comportamentos associados. O interesse sobre bem-estar, promoção da saúde e qualidade de vida representam uma mudança de filosofia na área do cuidar.

Por último enquadrámos o problema nos limites das lesões musculoesqueléticas. O posicionamento do corpo faz parte do auto-cuidado. Recordemos que a intervenção dos enfermeiros é no sentido de colaborar com o indivíduo, para criar as condições mais favoráveis para a expressão de uma ótima saúde e bem-estar. Neste estudo em particular e durante o desenvolvimento do trabalho, tomamos por foco a prevenção das lesões músculo esqueléticas.

Podemos assim acrescentar, a importância dos enfermeiros incluírem nas suas atividades, os exercícios de alongamento, com o objetivo de aumentar a amplitude articular, melhorar a massa muscular e evitar lesões nos processos laborais, o que habitualmente designamos de ginástica laboral ou *stretching*. São vários os autores (Deliberato, 2002; Longen, 2003; Lima Deise, 2004; Pinto, 2003; Weinstein, 2004) que demonstram os benefícios da ginástica em contexto laboral enumerando os ganhos para a saúde dos trabalhadores.

Este tipo de intervenções trazem benefícios de natureza fisiológica, como o aumento da circulação sanguínea, melhoria da mobilidade e flexibilidade músculo-articular, melhoria da postura, diminuição do esforço na execução da tarefa, melhoria da adaptação ao posto de trabalho, melhoria da produtividade com menor desgaste físico, benefícios psicológicos que favorecem a mudança da rotina, reforçam a auto-estima, melhoram a concentração no trabalho e revelam a preocupação da empresa com o funcionário. A considerar ainda os benefícios sociais que favorecem o contacto pessoal, promovem a integração social, favorecem o sentido de grupo e melhoram o relacionamento (Zilli, 2002).

Estas intervenções não são atuais, pois já em 1925 se encontram as primeiras referências, na Polónia, encontradas num pequeno livro chamado *“Ginástica de Pausa”*. Contudo sabemos que esta prática surge de forma efetiva apenas em 1928, no Japão

destinada a funcionários do correio, com objetivo de descontração e promoção da saúde (Pera, 2007). Depois da II Guerra Mundial, esta prática tornou-se frequente no país e hoje em dia cerca de um terço dos trabalhadores japoneses praticam-na (Canête, 2001 citado em Pera, 2007).

“A Ginástica Laboral Preparatória, cuja origem é japonesa, foi introduzida no Brasil por executivos nipônicos, em 1969, no estaleiro (Ishikavajima), onde ainda hoje diretores e operários se dedicam aos exercícios, visando primordialmente a prevenção de acidentes de trabalho (Pultinelli, 1994, p.37).” (Pera, 2007, pag.128).

A ginástica laboral tem como objetivo principal a promoção da saúde visando minimizar o risco de alterações no sistema musculoesquelético através dos benefícios fisiológicos que os exercícios físicos proporcionam, promovendo de igual forma a sociabilização entre funcionários que, através da convivência e da descontração, ajudam a diminuir a ansiedade, o stress e a fadiga.

2 - SAÚDE NO TRABALHO EM AMBIENTE HOSPITALAR

A saúde é definida pela OMS como *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença”*. Esta definição tem sido considerada como algo inatingível, uma meta ideal, motivadora de melhoria constante e dando espaço a todas as áreas e permitindo a personalização do conceito.

A nível nacional e de acordo com o Plano Nacional de Saúde de 2012-2016 (PNS) publicado em Janeiro de 2012, o conceito de saúde adotado traduz-se por: *“Saúde é um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial, físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade social”* (Bircher, 2005). A definição de saúde é necessária para se estabelecer a priorização das ações. É por si só um conceito dinâmico onde se percebe a influência, individual e ambiental, no estado de saúde e bem-estar. Podemos aqui encontrar um paralelismo com a teoria de Nola Pender que refere serem vários os fatores que influenciam a saúde do indivíduo tais como: fatores pessoais (idade, género, índice de massa corporal, auto-estima, auto-motivação, raça, aculturação, educação e estatuto social); benefícios de atos, (resultados positivos); influências interpessoais (normas, apoio social, modelagem); influências situacionais (perceção de opções disponíveis); comportamentos de promoção da saúde (dieta saudável, exercício físico, controlar o *stress*, repouso) (Tomey et

Alligood, 2002). O modelo de Nola Pender ajuda-nos a perceber os enquadramentos da promoção da saúde e a importância da interação do enfermeiro com o indivíduo.

Tendo o PNS (2012, pag.23) como visão *“Maximizar os ganhos em saúde, através do alinhamento em torno de objetivos comuns, a integração de esforços sustentados de todos os setores da sociedade e da utilização de estratégias assentes na cidadania, na equidade e acesso, na qualidade e nas políticas saudáveis”*, para a população em geral. Em relação aos trabalhadores do Ministério da Saúde, a quem é exigido uma atuação alinhada com o PNS, deverá ser o empregador a tomar medidas e precauções compatíveis com a promoção de saúde dos seus trabalhadores.

A saúde no trabalho pode emergir no âmbito da Cidadania em Saúde e/ou das Políticas Saudáveis, através da definição de objetivos: *“Obter ganhos em saúde; promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo vital; reforçar o suporte social e económico na saúde e na doença; fortalecer a participação de Portugal na saúde global.”* Todos podem vir a constituir-se como objetivos globais na saúde laboral (PNS, 2012).

O problema de saúde no contexto de trabalho tem vindo a revestir-se de significativa importância, sendo referido muitas vezes nas linhas e entre linhas de orientações políticas. *“O PNS propõe orientações de investimento em Saúde Pública que assentam na vigilância da saúde e vigilância da saúde e bem-estar dos cidadãos; na monitorização e resposta a riscos e emergências; na proteção de saúde nas diferentes vertentes (ambiental, ocupacional, alimentar, numa lógica de saúde em todas as políticas); na abordagem de determinantes sociais de saúde e de promoção de equidade na prevenção de doença, incluindo a deteção e diagnóstico precoce; bem como a sensibilização, comunicação e mobilização social; e na análise da informação em saúde – produção de conhecimentos.”* Estas orientações são um reforço que sustenta a intervenção na saúde laboral, não apenas como meio de vigilância mas também como um contributo da saúde do trabalhador.

A saúde no trabalho ou saúde ocupacional tem por base a conjugação de esforços que promovam o bom estado de saúde dos trabalhadores e a prevenção nos diferentes níveis.

O tema da saúde laboral, deve ser analisado numa perspetiva alargada. Seguindo os princípios do PNS, deverá ser assegurado *“o envolvimento e participação de todos os intervenientes nos processos de criação de saúde”* e *“Promover contextos favoráveis à saúde ao longo do ciclo de vida”*. Tal processo implica a promoção, proteção e manutenção da saúde de modo contínuo em cada situação, segundo a WHO, 2002 (PNS 2012).

A Cidadania em Saúde é um conceito que surge com a Declaração de Alma-Ata (DAA) em 1978, onde foi assumido *“a saúde como um direito Humano fundamental”*. Desde então emergiram conceitos e foram delineadas estratégias para que fosse cumprida a meta enunciada *“Saúde para todos no ano 2000”*. Portugal esteve na vanguarda no que se refere à aplicação dos conteúdos da Declaração de Alma-Ata. Foram criados os primeiros Centros de Saúde (antigas Caixas de Previdência) em 1971 pela *“Lei de Gonçalves Ferreira”*. Foi reconhecido que *“Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover”*, enunciado no artigo 64º da nova Constituição da Republica de 1976. Em 1979 surge, decorrente da *“Lei da Saúde”* - *“Lei de Arnault”* o Serviço Nacional de Saude (SNS), e que se prolonga até aos nossos dias.

Recordemos que é apenas em 1986, com a Carta de Ottawa, que surge o conceito de promoção da saúde como o *“processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorar.”* A saúde é um recurso para a vida e não propriamente uma finalidade sua. Neste conceito está implícito o compromisso de adotar estilos de vida saudáveis de responsabilidade individual, mais uma vez um contributo para o investimento na saúde laboral (Freitas, 2011).

Podemos constatar que o conceito de promoção da saúde vai para além da esfera individual. Acrescem as condições essenciais que são referidas, para a melhoria da saúde *“paz, abrigo, educação, alimentação, recursos económicos, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade”*.

A saúde não beneficia apenas o sujeito. O movimento de ganhos com a saúde tem repercussões no desenvolvimento social económico em geral. Partilhamos a ideia de uma política que favoreça a promoção da saúde também no espaço do trabalho. A promoção da saúde exige uma ação coordenada de todos os sectores governamentais, não-governamentais, da sociedade em geral e do indivíduo em particular. Aos profissionais da saúde cabe a responsabilidade de mediar os diferentes interesses na prossecução da saúde.

A promoção de saúde no local de trabalho, também reforça a equidade em saúde (assegurar a igualdade de oportunidade e recurso). Todos os trabalhadores terão mais acesso à informação e às oportunidades que permitam opções saudáveis as quais contribuem como fatores determinantes para a capacitação da pessoa para alcançar o seu potencial de saúde, independente do tipo de trabalho que desenvolva.

É de todo o interesse aprofundar a Carta de Ottawa, onde identificamos cinco vetores estruturantes; *“Construir políticas saudáveis, criar ambientes favoráveis, (O trabalho e os*

tempos livres deveriam ser uma fonte de saúde para as populações), reforçar a ação comunitária (empowerment das comunidades), desenvolver competências pessoais, (educação para a saúde, aprendizagem ao longo do ciclo vital), reorientar os serviços de saúde, (orientação dos serviços de saúde para a promoção da saúde)” (OMS, 1986). Estes cinco vetores são um contributo para repensar as intervenções na saúde nos locais de trabalho.

A Promoção da Saúde tem vindo a ser referência em varias conferências e declarações delas emergentes, como é o caso da 2ª Conferencia Internacional e com a Declaração de Adelaide que enfatiza as políticas públicas, nesta área. Realizada na Austrália em 1988 nela foram definidas 4 áreas de ação; *“apoio à saúde das mulheres, alimentação e nutrição, tabaco e álcool e criação de ambientes favoráveis à saúde”* (OMS, 1988). Uma vez mais o foco incide sobre intervenção nos locais de trabalho.

À medida que os anos foram passando, novas visões sobre a promoção de saúde tomaram visibilidade. Por exemplo, na Suécia em 1991, surge a Declaração de Sundsvall, com o enfoque na Promoção da Saúde e Ambientes Saudáveis, onde se realçaram quatro vertentes de ambientes favoráveis; *“a dimensão social (...) normas, os costumes e os processos sociais afetam a saúde. A dimensão política (...) compromisso no que respeita à defesa dos direitos humanos e da paz (...) A dimensão económica (...) redistribuição de recursos(...) incluindo a transferência de tecnologia fiável e segura.(...) reconhecimento e utilização das capacidades e saberes das mulheres”* (OMS, 1991).

À medida que os anos foram passando, evidenciou-se uma maior carga sistémica em torno do conceito de promoção da saúde e na Declaração de Jacarta (1997), centrada na *Promoção da Saúde no Século XXI. Salienta-se a necessidade de cooperação o que pressupõe a criação de novas parcerias para a saúde. Emergem algumas prioridades, como a promoção da responsabilidade social, intensificar os investimentos para o desenvolvimento, solidificar e difundir as parcerias, aumentar a capacitação da comunidade em geral e do indivíduo em particular e garantir infra-estruturas. Para se atingirem estes objetivos será necessário investir na educação, na formação dos profissionais e melhorar o acesso aos recursos.*

Com o passar dos anos conclui-se que houve uma melhoria significativa da saúde e na Declaração do México (2000) reforça-se a Promoção da Saúde Rumo a Maior Equidade. A Saúde é reconhecida como um valioso recurso para usufruir da vida e necessária para o desenvolvimento já postulado anteriormente.

Na Declaração de Bangucoque na Tailândia (2005) é trazida para a discussão a promoção da Saúde num Mundo Globalizado. O que marcou esta conferência foi o

compromisso de aliança mundial para promover a saúde, com ações a nível local e global. Foram reafirmadas as determinações das anteriores conferências: A saúde, um direito fundamental do ser humano. No entanto, apesar das inúmeras referências e do esforço de divulgação feito, não deixou de se reconhecer, dificuldades em implementar uma estratégia de promoção da saúde. Surge assim a 7ª Conferência que teve lugar no Quénia, Nairobi (2009), onde se salienta a Promoção da Saúde e Desenvolvimento: Reduzindo as Lacunas na Implementação.

A última conferência data de 2013 e teve lugar em Helsínquia, sobre o tema: Marcos na Promoção da Saúde. A definição de objetivos nesta conferência implicou uma análise de toda a atividade desenvolvida até à data, identificando os obstáculos encontrados e qual o impacto dos resultados alcançados desde a Conferência de Ottawa (Lopes *et al*, 2010).

A análise do investimento na saúde laboral, sustentada nos resultados das várias conferências, leva-nos a refletir sobre a validade de todos estes aspetos para os trabalhadores da saúde. O atual ambiente e condições de trabalho no sector da saúde constitui uma ameaça para a saúde das pessoas envolvidas, estando estas expostas a vários riscos que podem levar a doenças profissionais e a acidentes de trabalho. A natureza das várias atividades laborais torna imperativo o desenvolvimento da Saúde e Segurança no Trabalho.

Gostaríamos de realçar o Occupational Health and Safety Assessment Service (OHSAS 18001), que se tornou um referencial orientador para a implementação de um Sistema de Gestão e Certificação da Saúde e Segurança Ocupacional (SSO). A aplicação deste referencial, torna visível a preocupação das empresas com a saúde e integridade física dos seus funcionários e parceiros.

Com base nestas orientações, Portugal desenvolve a NP4397:2008 que entrou em vigor em 2010. Esta norma *“especifica os requisitos de um sistema de gestão da SST, que permite a uma organização controlar os respectivos riscos da SST e melhorar o respectivo desempenho”* (NP4397:2008). O modelo de gestão PDCA - “Plan”/Planear, “Do”/Fazer, “Check”/Verificar, “Act”/Atuar é o suporte operacional desta norma, onde consta uma definição de termos, dos quais entendemos salientar: **A Segurança e Saúde do Trabalho** como sendo um *“conjunto das intervenções que objetivam o controlo dos riscos profissionais e a promoção da segurança e saúde dos trabalhadores da organização ou outros (incluindo trabalhadores temporários, prestadores de serviços e trabalhadores por conta própria), visitantes ou qualquer outro indivíduo no local de trabalho”*. **Local de trabalho** como sendo *“qualquer lugar físico em que são realizadas atividades relacionadas com o trabalho, sob o controlo da organização”*. **Risco** como

sendo a “*combinação da probabilidade de ocorrência de um acontecimento ou de exposição(ões) perigosos e da gravidade de lesões ou afeções da saúde que possam ser causadas pelo acontecimento ou pelas exposição(ões)*” (NP4397:2008).

É de extrema importância o reconhecimento das doenças que decorrem da atividade profissional, dela sobressaindo a prevenção, a notificação e centralização dos registos para que se possam elaborar estudos que orientem as praticas e melhorem as condições nos ambientes laborais. A Agência Europeia da Saúde afirma que “*os trabalhadores do sector da saúde têm de fazer face a uma série de atividades e ambientes que constituem uma ameaça para a sua saúde e os coloca em risco de doenças profissionais ou de acidentes de trabalho*” (OHSAS, 2013). A literatura consultada e a nossa experiência profissional, leva-nos a afirmar que o desenvolvimento da Saúde e da Segurança é prioritário neste sector, pelas especificidades que advêm do tipo de trabalho e do próprio ambiente hospitalar.

2.1 – RISCOS NO AMBIENTE HOSPITALAR

A população ativa está exposta a vários riscos no seu local de trabalho os quais se revelam ainda mais significativos quando trabalham em ambiente hospitalar. Com a evolução tecnológica e das organizações, foram sendo eliminados alguns riscos tendo no entanto surgido outros novos, não menos perigosos. Hoje em dia a pressão do emprego, e um perfil novo da população ativa que passa por novos escalões etários, criam condições propícias ao aparecimento destes novos riscos. De acordo com a Agência Europeia para a Segurança no Trabalho, os funcionários do sector da saúde estão expostos a: riscos biológicos, riscos químicos, riscos físicos, riscos ergonómicos e riscos psicossociais.

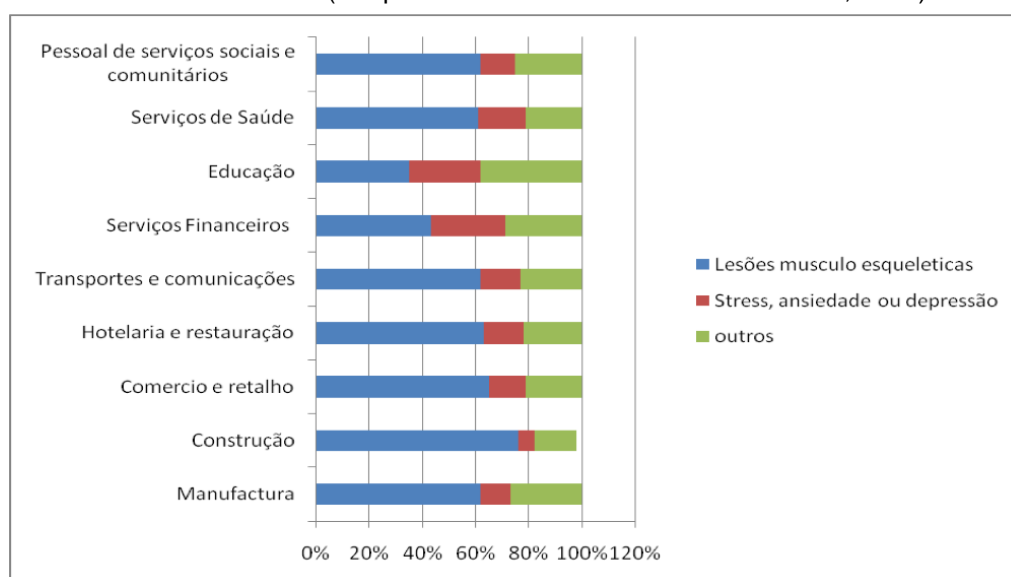
O aumento da população do sexo feminino e a alteração da faixa etária produtiva levaram as organizações a atribuírem mais importância à prevenção. O perfil dos trabalhadores, particularmente da saúde, tem vindo a modificar-se, não sendo muitas vezes reconhecidas estas mudanças. O ambiente de trabalho é um local privilegiado para intervenções de Saúde Pública que promovam a saúde dos trabalhadores, numa ótica preventiva relacionada com riscos laborais (António Tavares, 2013).

Algumas instituições de saúde têm vindo a publicar orientações específicas, para suprir carências de registos de acidentes e lesões. Esta falta de informação mascara e oculta a

realidade atual. Como exemplo podemos referir o departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), que elaborou um documento orientador das formalidades legalmente impostas em relação à qualificação dos acidentes e doenças profissionais.

É referido no documento da ARSLVT que, em função da especialização e da intensidade das jornadas, podem surgir patologias do foro musculoesquelético (tendinites, hérnias e as paralisias, entre outras) seguindo-se as patologias pulmonares, auditivas e do foro psíquico devido ao *stress*.

Gráfico 1 - Tipo de problemas de saúde relacionados com o trabalho em diferentes setores de atividade em % na UE (Adaptado de Eurostat Statistics in focus 63, 2009)



De acordo com o gráfico 1 apresentado, no sector da saúde as lesões com maior percentagem são as musculoesqueléticas. É muito comum entre os trabalhadores da área da saúde “*ganharem a vida*” correndo de um lado para o outro, sem se questionarem dos riscos a que se expõem, da qualidade do serviço que prestam e qual a sua qualidade de vida, relevando para segundo plano o autocuidado (Castro e Farias, 2008).

A competitividade, a precariedade de emprego, quer em condições quer em salário, são prejudiciais á saúde e bem-estar do trabalhador. A força de trabalho de enfermagem está a ser afectada, provocando lesões no corpo e mente, causadas por “*violência oculta no trabalho*” (Castro e Farias, 2008).

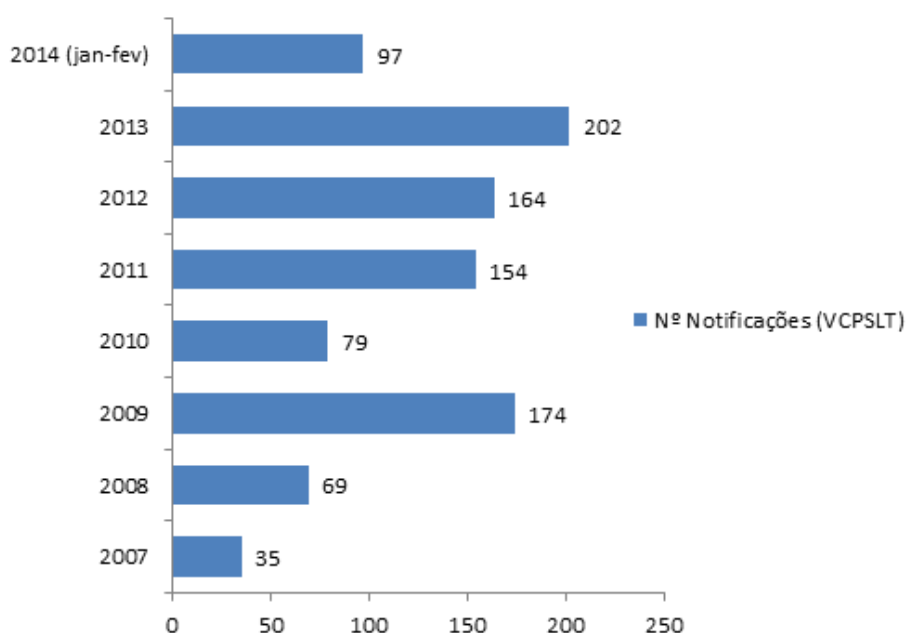
A violência é também mencionada na Agência Europeia para a Segurança e Saúde no trabalho. A exposição a ameaças físicas e os atos “concretizados por colegas e não colegas, são muito superiores aos registados noutros sectores”. A criação do Observatório Nacional da Violência Contra os Profissionais de Saúde no Local de Trabalho (VCPSLT) da Direção Geral de Saúde (DGS) demonstra a preocupação com esta nova área de risco profissional. Este observatório tem por finalidade apoiar iniciativas locais e promover a troca de experiências disponibilizando um sistema de notificação on-line, documentos de referência (questionários, exemplo de normas, check-lists, etc) e partilha de experiências organizadas.

As notificações recebidas demonstram a pertinência desta medida. Conforme expresso no gráfico 2 assiste-se a uma significativa tendência crescente ao longo dos anos.

Gráfico 2 - Evolução das notificações de violência a profissionais de saúde

Fonte : DGS,2014

(<https://www.dgs.pt/areas-em-destaque/violencia.aspx?v=b5ef3dfe-6f5f-4ce3-8e86-fabad33830bf>)



Da leitura do gráfico podemos verificar que a evolução dos registos desde 2007 nem sempre manteve a mesma cadência, registando-se um decréscimo acentuado em 2010. Em contrapartida, em 2013 regista-se a maior frequência e pela avaliação das previsões dos primeiros dois meses de 2014, ela iria duplicar neste ano.

Associado aos novos riscos, continuamos a assistir a ocorrências que já fazem parte das referências mais antigas e com grande incidência como são os riscos ergonómicos os

quais no ambiente hospitalar, são um problema de grande relevo e requerem especial atenção. Num ambiente hospitalar, os profissionais que desenvolvem a sua atividade, têm como desígnio “tratar, promover e prevenir”. Para que essa atividade se desenvolva é importante que os profissionais estejam protegidos e sob vigilância apertada. De facto, não temos registos sistemáticos e fiáveis, porque muitas vezes não são feitos de forma clara e rigorosa. Contudo e apesar disso, não deixam de se repercutirem frequentemente na produtividade e absentismo. Parece-nos pois importante dar uma nova atenção à qualidade e sistematização dos registos e das notificações sempre que a prevenção não tenha sido eficaz.

2.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE NO TRABALHADOR

A integração da promoção da saúde nos programas de saúde e segurança no trabalho é um facto que a evidência demonstra ser necessário. A promoção da saúde tem como objetivo, a adoção de comportamentos saudáveis no que diz respeito, ao abuso de álcool, drogas, tabaco, ao *stress*, saúde mental, alimentação, exercício físico, etc. O trabalhador deve ter uma atitude proactiva em relação à sua saúde.

Segundo a OIT, *“constatou-se que,(...) um grande número de atividades de promoção da saúde no local de trabalho com bons resultados, tem efeitos positivos na produtividade”,* ou seja *“Uma Cultura onde o direito a um ambiente de trabalho seguro e saudável é respeitado a todos os níveis, onde os governos e trabalhadores se empenham ativamente em assegurar um ambiente de trabalho saudável através da implementação de um sistema de direitos, de responsabilidade e de obrigações bem definido e onde o princípio da prevenção tem a mais levada prioridade”* (Freitas; em 2011).

A saúde e segurança no trabalho desempenham um papel crucial na promoção da saúde do trabalhador e consequentemente num envelhecimento ativo. Com o aumento da longevidade e o aumento da idade da reforma, começamos a ter uma população ativa de uma faixa etária mais elevada com novas necessidades associadas à degradação natural do sistema.

Sendo que a promoção da saúde tem sido referenciada como intervenção em varias áreas, as condições musculoesqueléticas têm uma relevância significativa. De acordo com informação da European Agency for Safety and Health at Work, *“cerca de 30% dos*

postos de trabalho na Europa envolvem posturas de trabalho incorretas, o manuseamento de objectos pesados ou trabalho repetitivo” (OSHA, 2012).

Como referimos os trabalhadores, em sequência das novas políticas, mantêm-se empregados e ativos por mais anos. Mas também é verdade que os políticos têm validado a importância dos idosos se manterem ativos. Bastará lembrar que em 2012, foi o ano Europeu do Envelhecimento Ativo e da Solidariedade entre as Gerações, visando a *“promoção da qualidade de vida e bem-estar da população europeia”*. Podemos assim afirmar que é previsível termos de considerar o envelhecimento associado à prevenção no local de trabalho.

No futuro seremos mais idosos a trabalhar e com uma forte exigência de produção, sendo que *“a capacidade de trabalho resulta do equilíbrio entre o emprego e os recursos individuais”* independentemente destes terem algumas particularidades (Agência Europeia para a Segurança e Saúde no Trabalho, 2013). A promoção da capacidade de trabalho resulta de uma cooperação entre empregador e empregado, cada um dos quais tem a sua cota responsabilidade neste domínio. São diversos os fatores que a Agência inumera como responsáveis pela capacidade de trabalho, sendo de salientar: saúde e aptidões funcionais; competências; valores, atitudes e motivação; vida ativa; família e comunidade envolvente.

No mundo do trabalho teremos de considerar o indivíduo e a sua circunstância de saúde, que pode ser vista como a inter-relação das variáveis hospedeiro-agente-ambiente. O hospedeiro caracteriza-se pela idade, sexo, constituição corporal, genética imunológica, nível educacional, estado ocupacional, hábitos e costumes, estado psicológico e de humor, entre outros. Os agentes, incluem fatores biológicos, químicos, mecânicos, genéticos e nutricionais. Os aspetos relativos ao ambiente são fatores socioeconómicos, culturais e políticos entre outros. Estas variáveis interagem e interrelacionam-se influenciando o estado de saúde do indivíduo (Deliberato, 2002). O conjunto destes fatores são uma boa base para estabelecer indicadores no processo desenvolvimento da investigação e conceber boas práticas de intervenção preventiva na saúde dos trabalhadores.

2.3 – O ENFERMEIRO GESTOR E O RISCO NO AMBIENTE HOSPITALAR

Face ao tema em estudo consideramos pertinente discutir até que ponto deve o enfermeiro gestor ter um papel determinante na prevenção dos riscos do seu serviço. Ele

tem uma condição privilegiada porque lhe é pedido ter a perceção dos trabalhadores em relação ao trabalho, o que lhe permitirá para tomar as melhores decisões. Sendo os recursos humanos de uma empresa o garante do sucesso e que a insatisfação, a desmotivação e o desconforto muscular influenciam o desempenho e a produtividade (Poletto, 2002).

Acreditamos que a identidade das organizações são os seus trabalhadores e não as estruturas arquitectónicas, pelo que é oportuno lembrar que “As empresas perceberam que as pessoas constituem o elemento do seu sistema nervoso que introduz a inteligência nos negócios e a racionalidade nas decisões” (Chiavenato, 1999).

Hoje em dia o termo gestão de recursos humanos deixa de fazer sentido e surge o termo gestão de pessoas. Estas deixaram de ser vistas como funcionários, e o objetivo é que assumam o papel de parceiros e colaboradores (Chiavenato, 1999).

A enfermagem, tal como todas as áreas da saúde, tem de responder às mudanças tecnológicas e sociais (Marquis e Huston, 1999) dos serviços e essa resposta tem contribuído para a sua evolução. Enfatizando o lado comercial neste contexto, o enfermeiro gestor tem vindo a desenvolver competências de liderança centrada no Cliente.

As organizações voltadas para o futuro enfrentam os seguintes desafios: globalização - *benchmarking* (pensar global e agir local); pessoas (cultura de empresa, realização pessoal, oportunidade de crescimento pessoal, ambiente de trabalho salutar); produtos/serviços (diferenciação); conhecimento (capital intelectual); resultados (melhoria da qualidade e aumento da produtividade) (Chiavenato, 1999).

Os desafios dos enfermeiros gestor são extraordinariamente relevantes. Bastará lembrar o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) onde se salienta que *“Enfermagem é a profissão que, na área da saúde, tem como objetivos prestar cuidados de enfermagem ao ser humano, são ou doente, ao longo do ciclo vital e aos grupos sociais em que ele está integrado, de forma que mantenham, melhorem e recuperem a saúde, ajudando-os a atingir a sua máxima capacidade funcional tão rapidamente quanto possível”* e o *“Enfermeiro é o profissional (...) com “competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos e comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária”*.

O ambiente no contexto das organizações de saúde reveste-se de particularidades que os diferenciam de outras organizações, o que nos permite evidenciar riscos específicos que advêm do ambiente de trabalho e da sua natureza. Tratando-se de um trabalho centrado na fragilidade do homem (saúde/doença) subentende-se que os trabalhadores

estejam sujeitos a um *stress* contínuo e daí decorra a importância do enfermeiro gestor ter necessidade de participar na implementação de planos de gestão de risco, pois a ele compete a gestão de risco clínico e não clínico (Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor, publicado no DR, 2ª série, de 10/3/2015).

Para promover um ambiente seguro naquilo que aos trabalhadores respeita, somos levados a considerar algumas variáveis que particularizam o *stress* que no dia-a-dia e face às tecnologias existentes no ambiente de trabalho, são uma ameaça à manutenção do posto de trabalho, competitividade, e outras dificuldades diárias que no posto de trabalho podem resultar em fatores indutores de *stress*.

Segundo Deliberado (2002), podemos considerar como principais causas de *stress* - o conteúdo do trabalho onde o ritmo de produção, grau de responsabilidade e os conflitos tem um papel relevante, os sentimentos de incapacidade, as condições de trabalho, situações físicas e ambientais, fatores organizacionais, pressões socioeconómicas reveladoras de situações *stressantes*.

O *stress* provoca alterações comportamentais perceptíveis, perda de auto-estima e autoconfiança, perturbações de sono, agressividade, alterações neuroendócrinas, quebra na eficiência, insegurança no trabalho e absentismo, entre outras (Nicoletti, 1997 in Deliberato, 2002), o que ajuda a compreender a importância que pode ter para o enfermeiro gestor repensar algumas praticas face às alterações que podem ocorrer com trabalhadores sujeitos a *stress*.

Uma das primeiras teorias que ajudam a compreender o *stress*, surge na década de 1930, desenvolvida por Hans Seley no Canadá, que identificou o desenvolvimento do *stress* em três fases. Fase de alerta, onde o organismo reage face a uma ameaça através de estímulos cerebrais, levando o organismo a elevar os níveis de adrenalina, noradrenalina e corticites, produzindo respostas como taquicardia, taquineia, hipotonia, hipertermia, e sudorese. A fase de resistência surge quando a situação de *stress* permanece e é caracterizada pelos efeitos das reações neuroendócrinas da fase anterior, levando à estabilização da temperatura, rigidez muscular, digestão lenta, insónia e dores nas costas e cabeça entre outra sintomatologia. (Deliberato, 2002)

Na fase de exaustão, as reações neuroendócrinas mantêm-se e começa-se a manifestar um esgotamento generalizado e uma diminuição das defesas. (Deliberato, 2002).

Pais Ribeiro (2009, pág. 238) transcreve “a *pessoa interage ativamente com o meio ambiente, apreciando os acontecimentos como potencialmente ameaçadores ou desafiantes à luz dos recursos de coping disponíveis (Cohen et al, 1983, pag 386).*”

O *stress* evidencia-se assim como uma área de risco relativamente aos trabalhadores, que necessita de intervenção ajustada para e prevenir os seus efeitos.

3 - O CORPO E O MOVIMENTO EM AMBIENTE DE TRABALHO

A Cinesiologia deriva do grego, *kinesis*, que significa movimento e *logos* palavra, estudo, é, portanto, a ciência que estuda os movimentos do corpo humano. Tem como finalidade a de compreender as forças, a forma como elas interferem no movimento. Forças como a gravidade, tensão muscular, resistência externa e atrito, não são visíveis mas influenciam o movimento, sendo que *“O movimento é o ato ou o processo de alterar a Posição, em relação a um determinado referencial, de um corpo ou de um objeto.”* (Correia, 2012)

Para se entender o movimento, é necessário recorrer a outras disciplinas como a biomecânica, que estuda a relação entre a estática (relação entre as forças produzidas num corpo sem movimento), a Cinemática (descreve o movimento) e a Cinética (interpretação das causas do movimento) (Correia, 2012).

Estes conceitos são de grande importância para perceber o movimento humano em diversas situações e particularmente no desenvolvimento de movimentos nos processos de trabalho. Para analisar o movimento é necessário recorrer á Biomecânica, que nos ajuda a ir detetando erros, permitindo fazer alterações melhorando a execução do movimento.

Será importante referir que o corpo humano, numa base de estudo, deve ser considerado como um conjunto de segmentos de estrutura rígida e articulados entre si, permitindo assim uma análise mais pormenorizada e sectorial. A análise deve ser efetuada com base em planos e posições neutras - plano frontal, plano sagital e plano horizontal. Segundo Correia (2012), podemos afirmar que o movimento do corpo é o resultado final dos movimentos angulares executados pelos diversos segmentos.

A cada ação de um músculo corresponde um movimento articular. A ação dos diferentes grupos musculares permite a análise cinesiológica, sendo que hoje temos vários conceitos que ilustram o estudo deste movimento.

3.1 - ERGONOMIA

Ergonomia é uma palavra de origem grega, onde *Ergo* quer dizer trabalho e *Nomos* são regras. Segundo Freitas (2011), pode traduzir-se como “o conjunto de regras que regem o trabalho”. É a ciência que estuda a adaptação do trabalho ao homem, permitindo trabalhar com um máximo de segurança, conforto e eficácia (Wisner em Freitas, 2011). Baseia-se em muitas disciplinas para o seu estudo como antropometria, biomecânica, engenharia, filosofia e psicologia.

Analisa a influência que os equipamentos de trabalho, sistemas e tarefas exercem sobre a conduta humana. Organiza o conhecimento a ser utilizado na conceção e desenho de meios, procedimentos e locais de trabalho (Freitas, 2011). Para o mesmo autor, a aplicação dos conceitos ergonómicos convergem para a proteção da saúde física e psíquica dos trabalhadores, permitindo o desenvolvimento das suas capacidades profissionais.

Os domínios de intervenção da ergonomia são: limites físicos do homem - postura, raio de ação, esforço muscular; exigência e dispositivos de comando; exigência quanto à informação prestada ao trabalhador; influência do ambiente físico; aspetos psicossociais (Freitas, 2011).

A ergonomia assume o papel preventivo em relação aos distúrbios orgânicos, lesões musculoesqueléticas, fadiga e outros distúrbios provocados pela desadequação do posto de trabalho ao trabalhador. A ergonomia preocupa-se com proteção da saúde, segurança do trabalho, motivação e qualidade do trabalho. A individualidade de cada pessoa exige da ergonomia a abordagem multidisciplinar para atingir os objetivos a que se propõe.

3.2 – ANTROPOMETRIA

A antropometria é considerada a ciência que tem por objetivo o estudo dos caracteres mensuráveis da morfologia humana. Segundo Sobral (1985), citado numa publicação da Universidade de Évora por Santos e Fúção (2003), *"o método antropométrico baseia-se na mensuração sistemática e na análise quantitativa das variações dimensionais do corpo humano"*. Esta divide-se em somatometria - avaliação das dimensões corporais; cefalometria - estudo das medidas da cabeça; osteometria - estudo dos ossos;

pelvimetria - estuda as medidas pélvicas; odontometria - estuda as dimensões dos dentes e áreas dentárias.

Desde a antiguidade, os gregos e egípcios, já se dedicavam ao estudo da relação das diversas partes do corpo. Vitruvius, arquiteto romano, estabelecia a relação da estética humana com a arquitetura dos edifícios. Posteriormente, Leonardo da Vinci, fruto da influência de Vitruvius, desenha o homem dentro do quadrado sendo com Albrecht Dürer o pioneiro no início da ciência antropométrica. Surge a categorização da raça humana tendo em conta as características e dimensões físicas.

Sheldon, citado por Santos e Fajão (2003), refere que podemos dividir os indivíduos em três categorias: o endomorfo - indivíduo com estrutura visual semelhante a uma pêra - tórax estreito, abdómen grande, pernas e braços curtos e flácidos; mesomorfo - ombro e peito largo, membros fortes e musculações; ectomorfo - silhueta estreita pouco musculosa. Não obstante as características do espectro físico, a idade, o sexo, a etnia a classe social e a ocupação influenciam a evolução e características da raça humana.

A antropometria pode ser estática e dinâmica. Na estática, as medições são efetuadas com o corpo parado, na dinâmica as medições são efetuadas enquanto se desenvolve a atividade e neste sentido é um bom recurso para estudar o movimento no trabalho.

3.3 – POSTURA

A postura tem sido estudada sobre perspetivas e ciências diferentes. Salve e Bankoff (2003) concluíram, após um estudo de pesquisa sobre postura, que esta representa a forma como o indivíduo se apresenta perante diversas situações. A análise é complexa e assume carácter individual, pois ela reflete uma trajetória de vida.

A postura, para alguns autores, é considerada o reflexo de variadíssimos fatores como; evolução da espécie, gravidade, equilíbrio, sistema endócrino, profissão, hereditariedade, influência social, atitude, imagem corporal. Ainda em sintonia com os mesmos autores, estes concluíram que são vários os fatores que criam problemas posturais; doenças, défice muscular, falta de flexibilidade, permanência por longos períodos na mesma posição, sobretudo sentado, gravidez, trabalho e *stress*, entre muitos outros fatores (Salve e Bankoff, 2003).

A prevenção de problemas posturais deve ter em atenção “o ambiente, o mobiliário, o espaço e o tipo de trabalho, as pausas, os equipamentos e ferramentas. Devem ainda ser

consideradas as características biomecânicas do indivíduo, contribuindo para a sua qualidade de vida” (Salve e Bankoff, 2003).

No dia-a-dia estamos sujeitos a importantes alterações emocionais e estas são responsáveis pela tensão muscular e por determinadas posturas que provocam desequilíbrios nas cadeias musculares. As posições inadequadas, sobretudo por períodos longos, também são responsáveis por tensão exercida na coluna, provocando tensão muscular e ligamentar dolorosa (Verderi, 2008).

O indivíduo deve adotar posturas que minimizem a pressão intravertebral, evitando permanecer na mesma posição por períodos longos, permitindo o relaxamento muscular. As tensões emocionais devem ser geridas evitando o aumento de tensão muscular (Verderi, 2008).

Não podemos dizer que há apenas uma postura correta, pois diversas variáveis podem contribuir, incluindo a natureza musculoesquelética de cada indivíduo.

3.4 - EXERCÍCIOS LABORAIS

Por último, importa realçar o conceito de exercícios laborais ou ginástica laboral, como sendo uma serie de exercícios físicos, realizados em ambiente de trabalho, no horário de trabalho, com a finalidade de melhorar a saúde e evitando lesões dos funcionários por esforço repetitivo e algumas doenças ocupacionais.

Os programas de ginástica laboral baseiam-se em alongamentos das diversas partes do corpo e de acordo com a atividade do trabalhador, implicam a utilização de um curto período de tempo e têm por finalidade, aliviar stress, melhorar a postura, prevenir lesões, aumentar a motivação, diminuir o absentismo, melhorar a qualidade de vida do trabalhador, prevenindo assim as doenças ocupacionais. (Oliveira, 2007).

A prática de exercício físico, com objetivos definidos, representa à partida uma forma de promover níveis adequados de saúde física e mental. Os movimentos do corpo ocorrem de forma espontânea sem grande esforço ou desconforto às solicitações do dia-a-dia. Porém, a utilização inadequada dos músculos leva a adaptações negativas, provocando o aparecimento de limitações (Deliberato, 2002).

Segundo Baú (2002) em Rodrigues et al (2009), *“a ginastica laboral é uma sequência de exercícios diários que visam normalizar capacidades e funções corporais para o*

desenvolvimento do trabalho, diminuindo a possibilidade de comprometimentos da integridade corporal'. Segundo o mesmo autor, a ginástica laboral previne a fadiga física e mental, melhora o desempenho no trabalho, melhora o metabolismo em geral, e melhora a produtividade.

Em síntese, podemos dizer que o corpo faz determinados movimentos nos processos de trabalho que podem contribuir para o aparecimento de *stress* e desgaste, além de frequentemente implicarem más posturas. Fixando os conceitos, parece-nos evidente que esta temática, mesmo que a delimitemos à área musculoesquelética e assim à ginástica laboral, conduzir-nos-á a resultados abrangentes para o indivíduo e com repercussões no exercício efetivo da atividade.

PARTE II – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

PARTE II – PLANEAMENTO DO TRABALHO DE CAMPO

Partimos de um problema que nos inquieta e vamos procurar as causas, de forma a justificar a incidência do mesmo para posteriormente se encontrarem soluções. As organizações de saúde têm como missão a promoção da saúde da população, e consequentemente dos seus trabalhadores.

Todos os trabalhadores têm direito a trabalhar em ambientes saudáveis; mas será que o ambiente hospitalar proporciona, ou tem a preocupação de proporcionar, aos seus trabalhadores um ambiente saudável?

Esta questão deverá ser colocada a nível nacional e em particular pelas diversas unidades de saúde. Reconhecendo a importância deste tema surge a necessidade de estruturar o estudo, no serviço de neurocirurgia. Apresentamos abaixo um esquema que pretende representar este mesmo estudo.

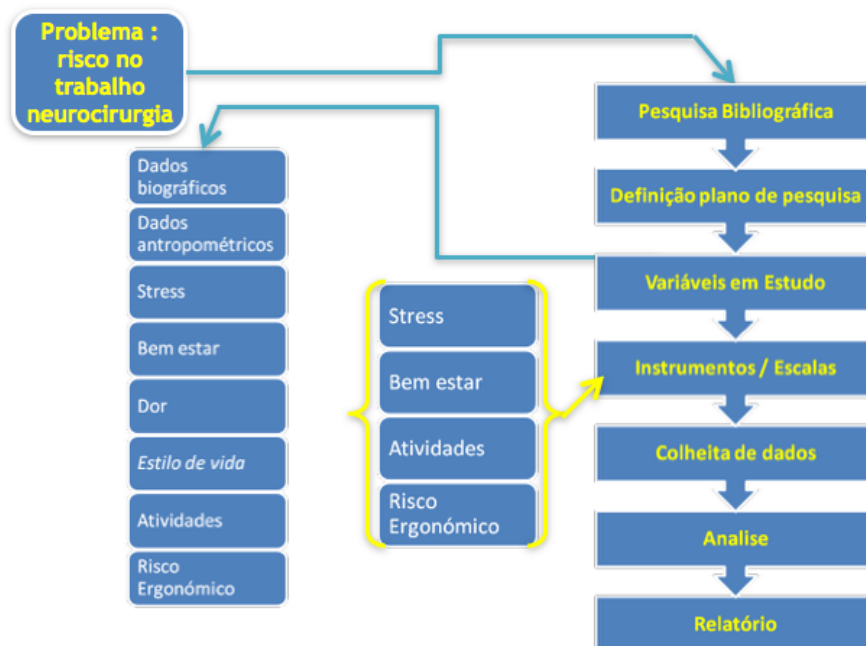


Figura 1 - Descrição das fases do estudo

Pretendemos efetuar um estudo exploratório-descritivo que, por se realizar num só hospital e num determinado serviço, também o podemos considerar um estudo de caso. De acordo com Fortin (2009), este tipo de estudo procura descobrir novos conhecimentos, a descrição de fenómenos existentes e a quantificação da sua

ocorrência. A recolha de dados deve ser efetuada através da observação, de escalas e questionários, numa amostra bastante alargada.

A finalidade do estudo é contribuir para o desenvolvimento saudável do ambiente de trabalho, aumentando o bem-estar dos profissionais de saúde na sua atividade profissional, através do *stretching* (ginástica laboral) como meio de promoção da saúde, desenvolvendo, nesta fase, o diagnóstico de todos os profissionais do serviço. Pelo que nos sustentamos em Fortin (2009,pag.17) que refere: A finalidade (...) visada por qualquer profissão, é melhorar a pratica dos seus membros de maneira a fornecer serviços de qualidade.

Pretende-se analisar as lesões musculoesqueléticas, relacionadas com o trabalho, que afetam os profissionais de diversas áreas, do serviço e as necessidades de informação e utilização dos princípios ergonómicos na prática laboral. Sendo assim os objetivos deste estudo são:

Descrever as características sócio-demográficas e psicométricas dos profissionais no serviço de neurocirurgia; Descrever índices de bem-estar, de *stress* e dor nos profissionais do serviço de neurocirurgia; Analisar as diferenças entre os grupos profissionais, os índices de bem-estar, *stress* e dor.

Os objetivos da investigação representam claramente aquilo que o investigador se propõe fazer para realizar o estudo (Fortin, 2009).

1 – PERGUNTAS DE INVESTIGAÇÃO

O ponto de partida da investigação encerra uma questão, que deve ser enunciada de forma explícita, conduzindo o estudo para permitir desenvolver o conhecimento existente. *“Uma questão de investigação é um enunciado claro e não equívoco que precisa os conceitos a examinar, especifica a população alvo e sugere uma investigação empírica”* (Fortin, 2009, p.73).

Pergunta de partida – Será que há diferenças de bem-estar, *stress* e dor nos diferentes tipos de trabalhadores que justifiquem criar programas de exercício laboral específicos para assistentes operacionais, enfermeiros e médicos?

De forma a orientar e clarificar a direção que pretendemos tomar levantamos as seguintes questões:

Será que os trabalhadores da neurocirurgia apresentam índices de bem-estar elevados? Será que os trabalhadores da neurocirurgia apresentam dores localizadas nos seus processos de trabalho? Será que há diferenças de risco de dores localizadas entre as diferentes atividades profissionais dos trabalhadores da neurocirurgia? Será que os trabalhadores da neurocirurgia apresentam índices de *stress* elevados no seu dia-a-dia? Será que há diferenças de *stress* entre as diferentes atividades profissionais dos trabalhadores da neurocirurgia? Será que as características individuais (dados antropométricos) estão associadas à dor e/ou *stress*? Será que há diferenças de percepção de bem-estar entre as diferentes atividades profissionais dos trabalhadores da neurocirurgia?

2 – VARIÁVEIS EM ESTUDO

Considerando que encontramos orientações específicas sobre o tema em estudo, determinamos *a priori* algumas variáveis que apresentaremos neste subcapítulo, sendo que “As *variáveis* são as *unidades de base da investigação*.” (Fortin, 2009, pag.171), as quais representam características, qualidade e mesmo propriedades de pessoas e objectos que podem variar ao longo do tempo.

As variáveis podem ser classificadas de acordo com o papel que desempenham na investigação. Neste estudo e de acordo com classificação de Fortin (2009), codificamos as variáveis em: Dados sociodemográficos que se destinam a caracterizar a amostra e deles fazem parte a idade, sexo, profissão, tempo de serviço, posto de trabalho, carga horária e tipo de horário. Dados psicométricos, variável composta por: peso, altura, largura do abdómen, vindo depois a ser analisada como índice de massa corporal (IMC); *Stress* – de acordo com Deliberado (2002) identifica (reflete) a adaptação do homem ao trabalho. Para avaliarmos os níveis de *stress* dos intervenientes, escolhemos a Escala de Percepção de *Stress* (EPS) estudada em Português, por Pais-Ribeiro, Honrado & Leal (2004). Esta escala pretende avaliar, em termos de grau, a intensidade com a qual o indivíduo percebe as suas situações de vida como stressantes. Na versão portuguesa, foi utilizada no estudo a versão constituída por 13 itens, sendo uns da versão de 14, outros da versão de 10 e outros invertidos.

As respostas variam de “nunca” a “muitas vezes”, recebendo a classificação de 0 a 4. A escala é composta por itens pela positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 12) e outros pela negativa. “Para se chegar à nota total se deverão somar os valores dos itens revertendo estes itens

formulados pela positiva de modo que a uma nota mais elevada corresponda maior stress” (Ribeiro, 2009, pág.242).

Bem-estar “*Refere-se a um estado de boa disposição, satisfação, conforto e segurança, sendo sinónimo de aconchego, comodidade, conforto, felicidade, satisfação, segurança, tranquilidade, saúde, contentamento, alegria, euforia, entre outros.*” (<http://duvidas.dicio.com.br/bem-estar-ou-bem-estar/>). É a avaliação que as pessoas fazem da sua própria vida.

Escolhemos a Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) para tentarmos perceber qual a sensação de bem-estar que os funcionários têm, cruzando com a escala de perceção de stress.

De acordo com o autor, Albuquerque e Broccoli (2004), referenciado por Silva e Heleno (2012), a utilização desta escala visa compreender a avaliação que as pessoas fazem da sua vida de acordo com 3 dimensões: afetos positivos, afetos negativos e satisfação de vida.

As perguntas correspondentes aos afetos positivos; 3, 4, 6, 7,10, 11, 14, 16, 18, 19, 21, 22, 24, 25, 26, 29, 37, 39, 41, 42, 43; aos afetos negativos: 1, 2, 5, 8, 9, 12, 13, 15, 17, 20, 23, 27, 28, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 40, 44, 45, 46, 47; satisfação com a vida de 48 a 62. Esta escala, de acordo com Albuquerque (2004) “*é um estudo científico da felicidade: o que a causa, o que a destrói e quem a tem*”. Segundo o mesmo autor a mensuração da escala consiste no auto-retrato e só o próprio julga a satisfação que sente em relação à sua vida. É constituída por 62 itens, dos quais 21 representam afeto positivo, 26 afeto negativo e 15 de satisfação com a vida (Silva e Heleno, 2012).

Os resultados foram obtidos através da Escala de Bem-Estar Subjectivo composta por: 21 itens referentes aos afetos positivos, com um alfa de Cronbach de 0,925, próximo do alfa dos autores 0,95 (Scorsolini-Comin et Santos, 2010), 26 itens referentes aos afetos negativos, com um alfa de Cronbach 0,929 de igual forma próximo do alfa dos autores (0,95 referenciado por Scorsolini-Comin et Santos, 2010) e 15 itens relativos à satisfação com a vida, com alfa de Cronbach 0,365, cujo resultado é muito diferente do alfa dos autores (alfa de Cronbach de 0,90), evocado por Scorsolini-Comin et Santos, (2010).

O questionário bipolar é uma ferramenta de análise ergonómica, constituído por uma sequência de respostas contrárias reciprocamente representado a sensação do funcionário naquele momento do desenvolvimento das tarefas (Deliberado, 2002).

Este questionário deve ser preenchido pelo menos três vezes no decorrer da jornada de trabalho, e permite avaliar de que forma o funcionário identifica o seu estado.

É constituído por 15 itens com uma sequência de pares reciprocamente contrários, tendo no meio uma escala *de likert* de 1 a 5 onde o funcionário deve colocar a cruz que melhor classifica a sua opção. Este questionário deve ser aplicado em três momentos distintos da jornada de trabalho, início, meio e fim do turno.

Dor “*é uma sensação desagradável, que varia desde desconforto leve a excruciante, associada a um processo destrutivo atual ou potencial dos tecidos que se expressa através de uma reação orgânica e/ou emocional.*” (<https://pt.wikipedia.org/wiki/Dor>). A dor tem-se demonstrado como um fenómeno complexo e com uma variedade infindável de variantes. Em 2003 a DGS emitiu uma circular normativa (Nº 09/DGCG de 14/06/2003) onde sistematiza ao registo da intensidade da dor como 5º sinal vital. Ainda de acordo com a DGS (2003) consideramos que a dor induz sofrimento e incapacidade, refletindo-se na qualidade de vida das pessoas. Existem vários tipos de dor mas neste trabalho pretendemos verificar se existe dor nos funcionários, qual a sua intensidade e sua relação com a atividade laboral.

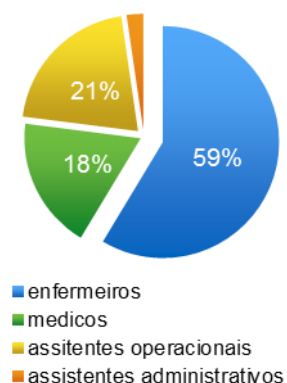
Utilizamos e seguimos a metodologia proposta pela DGS, escala numérica de 0 a 10 sendo que 0 - sem dor e 10 - dor máxima. Associamos a regra dividindo em 11 partes iguais a figura do corpo humano, de frente e de trás, permitindo a colocação de uma “cruz” onde existir dor.

3 – POPULAÇÃO, AMOSTRA E CONTEXTO

“A população define-se como um conjunto de elementos (indivíduos, espécies, processos) que tem características comuns.” (Fortin, 2009) e a “A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo.” (Fortin, 2009). Neste estudo a amostra engloba todos os profissionais do serviço de neurocirurgia internamento e bloco operatório, assistentes administrativos (2), assistentes operacionais (19), enfermeiros (51) e médicos (16) (gráfico 3).

Para melhor compreensão do local em estudo é de salientar que à data da iniciação do trabalho o serviço era composto por 43 camas, distribuídas por 9 enfermarias, 4 enfermarias com 4 camas, 2 enfermarias com 3 camas, 3 enfermarias com 6 camas e 3 quartos com 1 cama cada um.

Gráfico 3 - Caracterização da amostra



No serviço há algumas estruturas de apoio tais como: duas áreas de WC para doentes, compostas por duas cabines sanitárias cada uma, e uma com três áreas de chuveiro e a outra com duas; duas salas de trabalho, uma para enfermeiros e outra para médicos; dois gabinetes, um para o enfermeiro chefe e outro para o diretor de serviço. Fazem ainda parte da estrutura do serviço: refeitório, copa para doentes e profissionais, armazém, sala de reuniões, gabinete das administrativas e um jardim interior.

O serviço de internamento está localizado no piso 2, junto à área das consultas externas e deslocado do edifício principal. Esta nova localização surge em 2008 como consequência do planeamento de obras e reestruturação do então Centro Hospitalar de São João (CHSJ). Tem características especiais porque está instalado em contentores, com piso muito flutuante e equipado com ar condicionado. Em relação à iluminação é efetuada com lâmpadas fluorescentes não setorizadas, não sendo possível uma utilização individual ou mais localizada. Quanto às áreas de trabalho, são de dimensões reduzidas o que dificulta a execução das tarefas.

As instalações alocadas ao internamento, são consideradas provisórias. O bloco já está concluído e fica localizado no piso 8 do edifício principal. É constituído por duas salas operatórias, uma com luz natural a outra interior, corredor de sujos e outro de limpos, área de sujos e área de limpos, vestiário misto e copa de pessoal. Uma das salas funciona de manhã e de tarde, a outra só da parte da manhã, embora seja rentabilizado o espaço para pequenas intervenções, infiltrações e cirurgia dos túneis cárpicos às terças e quintas-feiras.

Em 2013 o serviço de neurocirurgia teve um volume de 1 810 doentes com um período médio de internamento 7,65 dias, com uma taxa de ocupação de 84,7% e uma taxa de mortalidade de 1,27%. Foram operados em produção normal, 769 doentes, sendo que 46 das cirurgias foram consideradas de ambulatório. Em produção adicional foram operados 137 doentes.

3.1 – INSTRUMENTOS DE COLHEITA DE DADOS

Organizamos um questionário (anexo I) de auto preenchimento com 93 perguntas, onde se incorporam escalas, após autorização dos autores (anexo II) de acordo com as variáveis e com uma aplicação em tempos diferentes. O tempo total médio de preenchimento foi de aproximadamente 7h 30m, pelo facto de ser necessária a avaliação

em três períodos específicos durante um turno. O Primeiro período apenas demorou cerca de 30 minutos e os dois restantes cerca 15 minutos.

Como consideramos a linguagem amigável para todos os intervenientes não realizamos um pré-teste linguístico, aferindo apenas as questões com 4 peritos.

Os peritos foram enfermeiros de reabilitação e uma professora de português. No acompanhamento do questionário, realizamos um guia de preenchimento (anexo I) com o objetivo de normalizar a estratégia de colheita de dados, teste este que valorizou essencialmente a medida dos dados antropométricos, de modo a garantir a utilização da mesma metodologia para medir partes do corpo semelhantes.

3.2 – PROCEDIMENTOS DO ESTUDO

A organização de um estudo, efetuado no contexto de uma instituição e com trabalhadores durante o horário de trabalho, exige para além de procedimentos éticos, o enquadramento dos procedimentos referentes à organização. Contudo, alguns dos procedimentos foram facilitados por fazerem parte da organização e por terem sido considerados por esta, como um estudo útil para o desenvolvimento de recursos humanos, podendo vir a constituir-se como um modelo para ser reproduzido noutros serviços com as respetivos ajustamentos.

3.2.1 - Procedimentos de Recolha de Dados

Iniciamos por um anúncio formal no serviço, sendo distribuído a todos os profissionais os instrumentos e solicitado o seu preenchimento. Foram distribuídos guias de preenchimento juntamente com os inquéritos e estes foram codificados para manter o anonimato. As medidas antropométricas foram, quase na totalidade, efectuadas por dois elementos da equipa e com fitas métricas iguais, tentando evitar desvios. Depois de preenchido o questionário era deixado num local pré definido.

Entre a entrega dos questionários e a recolha decorreram cerca de 3 meses, para garantir o máximo de participação dos trabalhadores.

Depois de preenchidos foram codificados e introduzidos numa base de dados do SPSS20, procedendo-se de seguida à análise dos mesmos, numa primeira fase utilizando apenas análise descritiva de todas as variáveis e numa segunda fase, cruzando as variáveis de acordo com os objetivos, com recurso a estatística não paramétrica.

3.2.2 – Procedimentos Éticos

A pesquisa implica, por parte de quem a executa, o levantamento de questões éticas. Antes de iniciar qualquer tipo de estudo, o investigador deve ter a preocupação de se interrogar sobre as eventuais repercussões na vida dos participantes do estudo. Independentemente dos aspetos estudados, a investigação deve ser conduzida respeitando os direitos da pessoa (Fortin, 2009).

O envolvimento de pessoas na investigação, pode ameaçar a liberdade e os direitos dessas pessoas. Segundo Vilelas (2009), sempre que se inicia uma investigação, há vários princípios que devem ser respeitados: o direito à autodeterminação, uma vez que a pessoa é livre de aderir ou não ao estudo, sem que isso traga algum prejuízo ou benefício; o direito à intimidade, porque o investigador tem de proteger os dados e não divulgar informações a terceiros ou obter informações sem consentimento; o direito ao anonimato e confidencialidade, dado que as respostas não podem identificar o sujeito e os dados não podem ser utilizados sem autorização expressa pelo sujeito; o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo, o investigador tem de proteger o investigado contra eventuais prejuízos; o direito a um tratamento justo e equitativo, o investigador tem de ser justo e equitativo com todos, durante todo o processo.

A investigação é necessária e essencial para o progresso da ciência, mas existem princípios que nunca devem ser violados, “*O investigador deve ser honesto consigo e com os outros*” (Vilelas, 2009, pag.372).

Foi elaborado o consentimento informado (anexo III), carta de informação aos participantes (anexo IV), pedido de autorização para realizar o estudo submissão do projeto à Comissão de Ética do CHSJ (anexo V).

Este processo de autorizações foi iniciado e teve o seu término em 30 de Março de 2015 (anexo VI).

Embora já com uma ideia formada sobre o desenvolvimento da pesquisa que nos levou a iniciar este estudo, fizemos adaptações no decorrer do processo, motivadas pelas condições do campo e pelas circunstâncias inerentes à vida particular do investigador.

PARTE III – APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E RESULTADOS

PARTE III - APRESENTAÇÃO, DISCUSSÃO E RESULTADOS

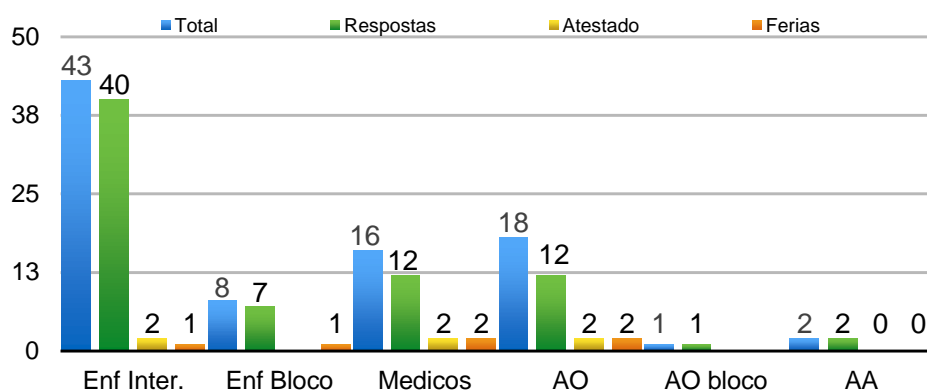
A apresentação e discussão dos resultados é a parte do relatório onde se explica de que forma decorreu a investigação, demonstrando os resultados do estudo, seguindo, numa primeira fase as variáveis e depois respondendo às questões de investigação.

1 – DESCRIÇÃO DA AMOSTRA

A amostra é constituída pelos trabalhadores do serviço de neurocirurgia. Em 2013 a população do serviço era composta por 88 profissionais, distribuídos de acordo com gráfico 4.

O gráfico apresenta a comparação dos participantes com a população, por área profissional e local de trabalho, tendo participado: 47 enfermeiros, 18 assistentes operacionais, 16 médicos, 2 assistentes administrativas.

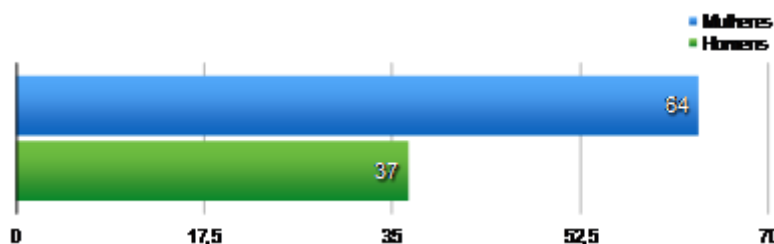
Gráfico 4 - Índice de adesão ao estudo



Pelo que podemos observar, de uma forma geral, os grupos profissionais aderiram quase na totalidade ao estudo. Só não foi possível avaliar 12 funcionários por se encontrarem de férias e atestado durante a colheita de dados. O tempo médio para a devolução dos questionários foi de 15 dias.

Identificamos 63,5% (n=47) do sexo feminino e 36,5% (n=27) do sexo masculino, num total de 74 participantes (gráfico 5).

Gráfico 5 - Distribuição de gênero



Em relação aos dados biográficos, para além da distribuição por sexo, a amostra foi igualmente distribuída por idade (tabela 1).

Tabela 1- Distribuição da amostra por idade

Tempo de Serviço	Frequência	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	1 a 9 anos	26	35,1	37,7
	10 a 19 anos	27	36,5	76,8
	20 a 29 anos	14	18,9	97,1
	> 30 anos	2	2,7	100
	Total	69	93,2	100
Missing	5	6,8		
Total	74	100		

Apenas setenta e um elemento da amostra responderam à questão da idade. Verificamos que a idade dos participantes da amostra varia entre 24 e 60 anos, ocorrendo a média aos 38,58 anos de idade, com um desvio padrão de 9,015 (DP=9,015). Pode-se salientar que a maior frequência (32,4%, n=23) ocorre entre os 41 e os 50 anos, contudo 57,7%, (n=41) dos participantes tem idade inferior a 40 anos, o que nos leva a afirmar que se trata de uma amostra de jovens adultos.

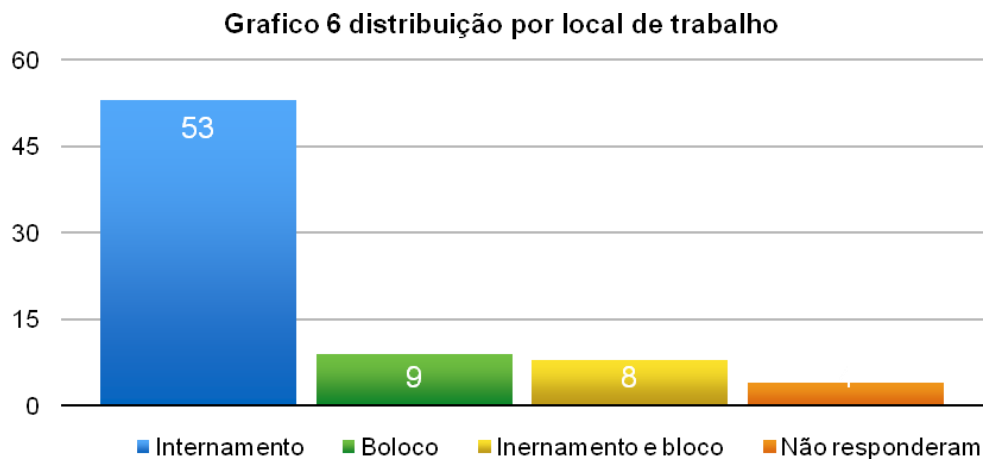
Em relação ao tempo de serviço, analisamos a distribuição, de acordo com a tabela 2.

Tabela 2 - Distribuição da amostra por tempo de serviço

Tempo de Serviço	Frequência	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	1 a 9 anos	26	35,1	37,7
	10 a 19 anos	27	36,5	76,8
	20 a 29 anos	14	18,9	97,1
	> 30 anos	2	2,7	100
	Total	69	93,2	100
Missing	5	6,8		
Total	74	100		

Em relação ao tempo de serviço e pelos dados recolhidos, apenas sessenta e nove participantes respondeu a esta questão. Constatamos que o tempo de serviço varia de 1 a 39 anos, sendo que a média é de 13,48 com um desvio padrão de 8,438 (DP=8,438). Verificamos que a maior ocorrência (36,5%, n=27) se situa entre os 10 e os 19 anos de serviço e que 76,8% (n=53) dos indivíduos da amostra não ultrapassa os 19 anos de serviço. Concluimos que se trata de uma equipa com pouco tempo de serviço.

O local onde desempenham a profissão foi outro critério de análise da amostra (gráfico 6)



De acordo com os resultados, concluímos que 75,6% (n=53), dos trabalhadores desenvolvem a sua atividade no internamento. No bloco exercem cerca de 12,9% (n=9), da amostra e os restantes 11,4% (n=8), exercem tanto do bloco como no internamento. Quatro participantes não responderam a esta questão.

Foram inquiridos quanto à atividade que desenvolvem, cuja distribuição pode ser analisada através da tabela 3.

Tabela 3 - Distribuição da amostra por área profissional

Profissão	Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Administrativo	2	2,7	2,7	2,7
Assistente Operacional	12	16,2	16,2	18,9
Enfermeiros do internamento	40	54,1	54,1	73
Medico	12	16,2	16,2	89,2
Assistente Operacional bloco	1	1,4	1,4	90,5
Enfermeiros do bloco	7	9,5	9,5	100
Total	74	100	100	

Conseguimos identificar que a amostra é constituída maioritariamente por enfermeiros (63,6%,n=47), seguindo-se os assistentes operacionais (17,6%,n=13), os médicos (16,2%,n=12) e por fim os assistentes administrativos (2,7%, n=2), com uma distribuição semelhante à da população geral do serviço.

O tipo de horário praticado foi outro parâmetro analisado (tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição da amostra por tipo de horário praticado

Tipo de Horário		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Diurno	23	31,1	31,9	31,9
	Rotativo	49	66,2	68,1	100
	Total	72	97,3	100	
Missing		2	2,7		
Total		74	100		

Em relação à distribuição da amostra de acordo com o tipo de horário praticado, verificamos que a maior frequência é o rotativo (66,2%, n=49), o que é coerente com as percentagens dos tipos de profissionais enfermeiros e assistentes operacionais. Dois participantes não responderam a esta questão.

Nem todos os profissionais efetuam a mesma carga horária e obtivemos os resultados visíveis na tabela 5.

Tabela 5 - Distribuição da amostra por carga horária

Carga Horaria Semanal		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	35h	41	55,4	56,2	56,2
	40H	31	41,9	42,5	98,6
	42H	1	1,4	1,4	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Na fase em que o inquérito foi aplicado, a maior frequência estava localizada nas 35h/semana (56,2%, n=41) e apenas um elemento praticava 42h/semana. Um dos participantes da amostra não respondeu a esta questão.

1.1 – DADOS ANTROPOMÉTRICOS

Foram vários os dados antropométricos avaliados: peso (tabela 7), altura (tabela 8), índice de massa corporal (tabela 10). Estes foram os dados que nesta fase demos relevo.

Foram ainda recolhidas medidas ortostáticas na posição de pé e sentado em relação aos membros inferiores e superiores, podendo posteriormente ser relacionadas com a adaptação à atividade.

Nesta fase do estudo, não será necessária essa análise, sendo esta adiada para uma fase posterior, onde se irá efetuar o cruzamento desses dados com o ambiente de trabalho.

Para completar o estudo teria sido necessário obter as medidas dos diversos mobiliários e dos espaços afetos ao serviço.

A distribuição da amostra pelo peso pode ser interpretada pela tabela 6.

Tabela 6 - Distribuição da amostra por peso

	Quilos	Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	40 aos 49	2	2,7	2,8	2,8
	50 ao 59	22	29,7	30,6	33,3
	60 aos 69	17	23	23,6	56,9
	70 aos 79	14	18,9	19,4	76,4
	80 aos 89	10	13,5	13,9	90,3
	90 aos 99	6	8,1	8,3	98,6
	> de 100	1	1,4	1,4	100
	Total	72	97,3	100	
Missing		2	2,7		
Total		74	100		

Após a análise desta tabela, constamos que em relação ao peso, este varia entre 40 a 100 quilos, sendo que a média é de 68,73 quilos, com um desvio padrão de 14,130. Regista-se maior ocorrência (30,6%, n=22) entre os 50 e 59 quilos e 76,4 % (n=55) da amostra não ultrapassa os 79 quilos, o que nos leva a concluir estarmos perante uma equipa magra.

Em relação à altura, esta varia entre 150 a 190 cm, sendo a média 168,54, com maior incidência nos 160 a 169 cm (47,3%, n=35), sendo que 81,1% (n=60) não ultrapassa os

179 cm. Poderemos assim considerar estar perante uma equipa com uma altura regular (tabela 7).

Tabela 7 - Distribuição da amostra por altura

	Altura	Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	150 aos 159	11	14,9	14,9	14,9
	160 aos 169	35	47,3	47,3	62,2
	170 a 179	14	18,9	18,9	81,1
	180 a 189	12	16,2	16,2	97,3
	> de 190	2	2,7	2,7	100
	Total	74	100	100	

Reunidos os dados do peso e altura, foi possível determinar o Índice de Massa Corporal (IMC), tendo como referência a tabela 8. A Organização Mundial de Saúde utiliza uma fórmula simples de cálculo para determinar o IMC. O peso é dividido pelo quadrado da altura. Para facilitar a leitura, considera-se a estratificação em números arredondados à uma casa decimal.

Tabela 8 - Índice de Massa Corporal

Fonte: <http://www.copacabaranrunners.net/imc.html>

	Mulheres	Homens
Abaixo do peso	< 19,1	< 20,7
Peso Normal	> 19,1 - 25,8	> 20,7 - 26,4
Marginalmente acima do peso	> 25,8 - 27,3	> 26,4 - 27,8
Peso Ideal	> 27,3 - 32,3	> 27,8 - 31,1
Obeso	> 32,3	> 31,1

Neste estudo optamos por esta escala que diferencia homens das mulheres, para evitarmos falsos resultados.

Tabela 9 - Distribuição da IMC dos participantes

	IMC	Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Baixo peso	50	67,6	71,4	71,4
	Peso normal	11	14,9	15,7	87,1
	Marginalmente acima do peso	6	8,1	8,6	95,7
	Acima do peso	3	4,1	4,3	100
	Total	70	94,6	100	
Missing		4	5,4		
Total		74	100		

Da análise efetuada, (tabela 9), podemos concluir que, em relação ao Índice de Massa Corporal (IMC), a maior frequência da amostra está localizada na categoria de baixo peso (71,4%, n=50 de 70), com uma média de 24,1 e um desvio padrão 3,9.

Tabela 10 - Distribuição da IMC dos participantes por género

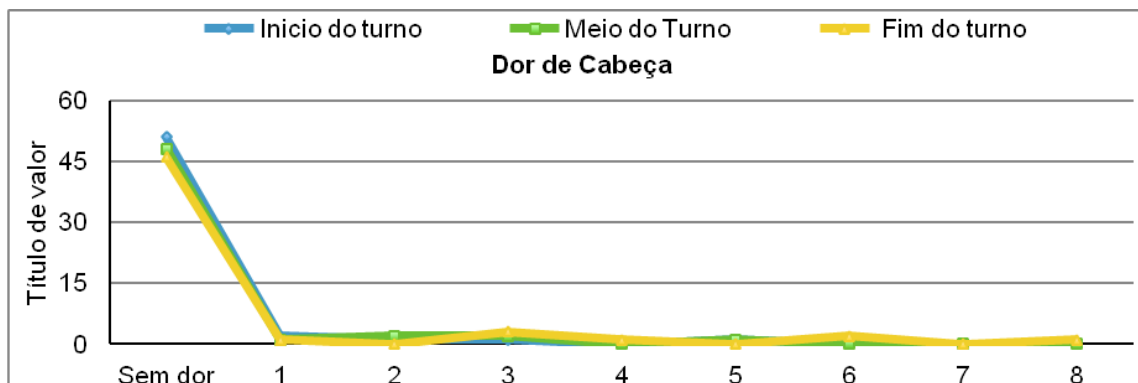
Sexo	Baixo Peso	Peso Normal	Marginalmente acima do peso	Acima do peso	Total
Feminino	36	4	2	2	44
Masculino	14	7	4	1	26
TOTAL	50	11	6	3	70

Não obtivemos resultados de todos os intervenientes (4 não responderam). Podemos concluir que o género feminino é o que mais contribui para este resultado (n=36) comparativamente aos homens (n=14).

1.2 – DOR

A dor é uma percepção individual subjetiva e é o 5º sinal vital. Neste grupo, as dores durante o trabalho foram percebidas da seguinte forma:

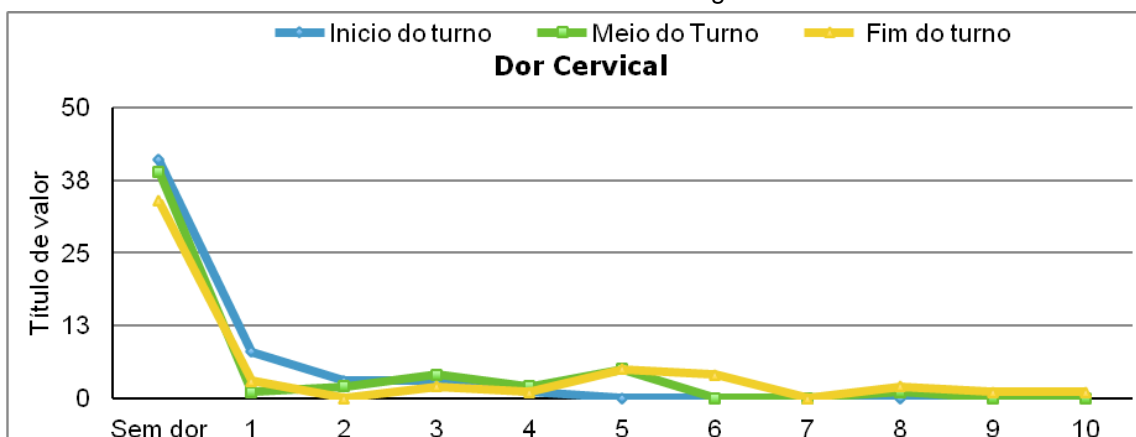
Gráfico 7 - Dor de cabeça ao longo do turno



Podemos verificar que só 56 dos participantes responderam e desses, 91,1% (n=51 de 56) refere não ter dor no início do Turno. Essa percentagem diminui ao longo do turno, ficando-se nos 88,9% (n=48 de 54) a meio do turno tendo o *missing* aumentado de 18 para 20. No fim do turno, só 85,2% dos participantes (n=42 de 54) refere não sentir dores de cabeça.

A intensidade da dor aumenta de 5 no início e meio do turno (1,8%, n=1 de 56 e 1,9%, n=1 de 53), com uma média de 0,21 e um desvio padrão de 0,825, até 8 no fim do turno, com uma média de 0,63 e um desvia padrão de 1,730, na escala de 0 a 10, embora com baixa frequência (1,9%, n=1 de 54).

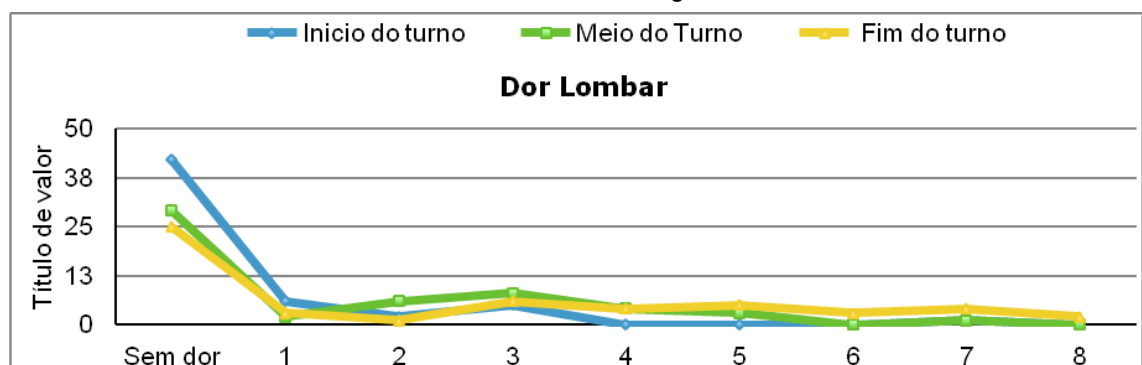
Gráfico 8 - Dor cervical ao longo do turno



Relativamente à dor da cervical, verificamos que 73,2% (n=41 de 56) dos participantes referem não ter dor no início do turno, constatando-se uma ligeira diminuição no desempenho da atividade, sendo de 72,2% (n=39 de 54) a meio do turno e no fim do turno 64,2% (n=34 de 53) referem que não têm dores cervicais.

A intensidade da dor aumenta de 4 (1,8%, n=1 de 56) no início com uma média de 0,21 e um desvio padrão 0,944; a meio do turno, máximo 8 (1,9%, n=1 de 54) média 1,07 e desvio padrão de 1,960 até 10; no final, com uma média de 1,83 e um desvio de 2,901, na escala de 0 a 10 embora, com baixa frequência (1,9%, n=1 de 53)

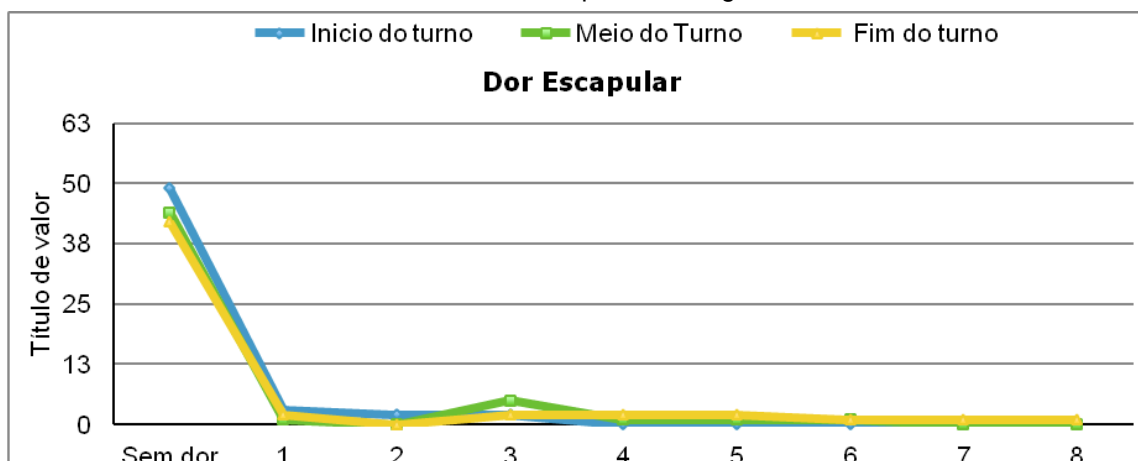
Gráfico 9 - Dor lombar ao longo do turno



Analisando os resultados em relação à dor lombar, verificamos que 75% (n=42 de 56) dos participantes referem não ter dor no início do turno, constatando-se uma diminuição ao longo do turno, sendo de 54,7% (n=29 de 53) a meio do turno e no fim do turno 47,2% (n=25 de 53), referem que não têm dores lombares.

A intensidade máxima da dor aumenta de 7 com frequência de 1,8% (n=1 de 56) com uma média de 0,57 e desvio padrão de 1,277 para 8, com frequência de 3,8% (n=2 de 53) média de 2,38 e DP= 2,712, na escala de 0 a 10, mantendo uma frequência baixa.

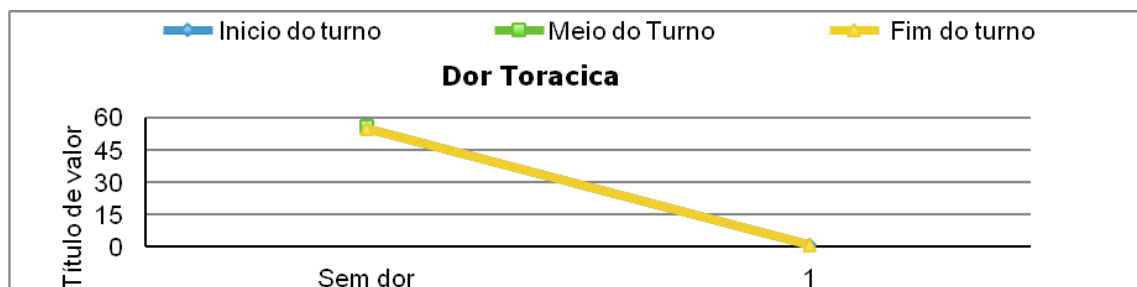
Gráfico 10 - Dor escapular ao longo do turno



Na presença da dor escapular verificamos que 87,5% (n=49 de 56) dos participantes referem não ter dor no início do turno, evidenciando uma diminuição ao longo do turno, sendo de 83% (n=44 de 53) a meio do turno e no fim do turno 79,2% (n=42 de 53) referem não ter dores escapulares.

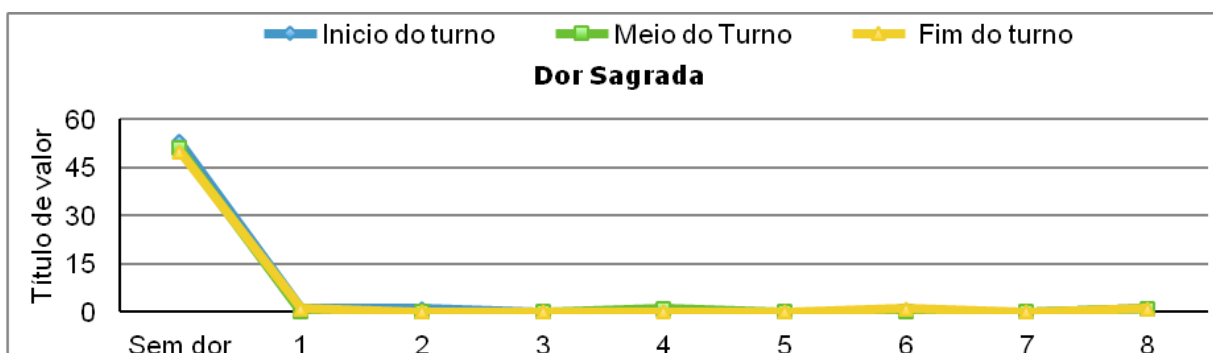
A intensidade da dor aumenta 3 (3,6% n=2 de 56) com uma média de 0,02 e DP= 0,134 até 8, com uma média de 0,89 e DP=2,006 na escala de 0 a 10, embora com baixa frequência (1,9%, n=1 de 53).

Gráfico 11 - Dor torácica ao longo do turno



Em relação à dor torácica, verificamos que 98,2% (n=52 de 53) dos participantes referem não ter dor no início do turno, 100% (n=53 de 53) a meio do turno e no fim do turno 98,1% (n=52 de 53) referem não ter dor torácica. A intensidade da dor é de 1 na escala de 0 a 10 com baixa frequência (1,9%, n=1).

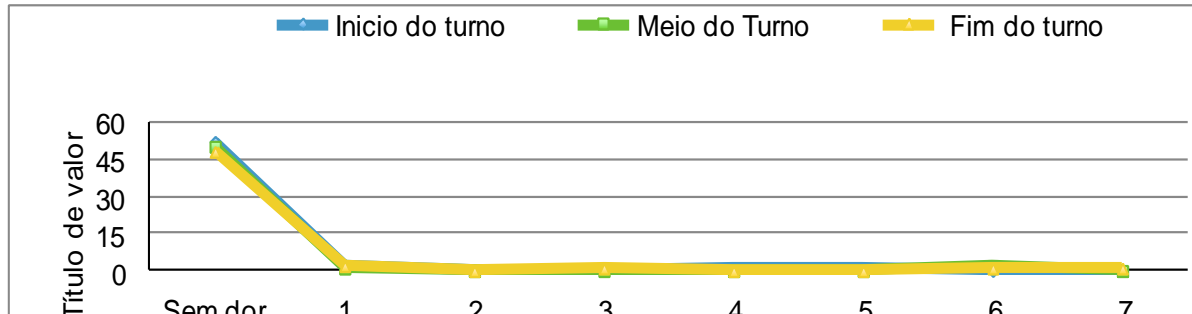
Gráfico 12 - Dor sagrada ao longo do turno



Relativamente à dor sagrada, verificamos que 94,6% (n=53 de 56) dos participantes referem não ter dor no início do turno, sendo de 96,2% (51 de 53) a meio do turno e no fim do turno 94,3% (50 de 53) referem não ter dor sagrada. A intensidade da dor máxima mantém-se em 8, na escala de 0 a 10, embora com baixa frequência (1,9%, n=1 de 53).

A média e o desvio padrão alteraram respectivamente de 0,20 para 0,28, com variação do DP de 1,102 para 1,364.

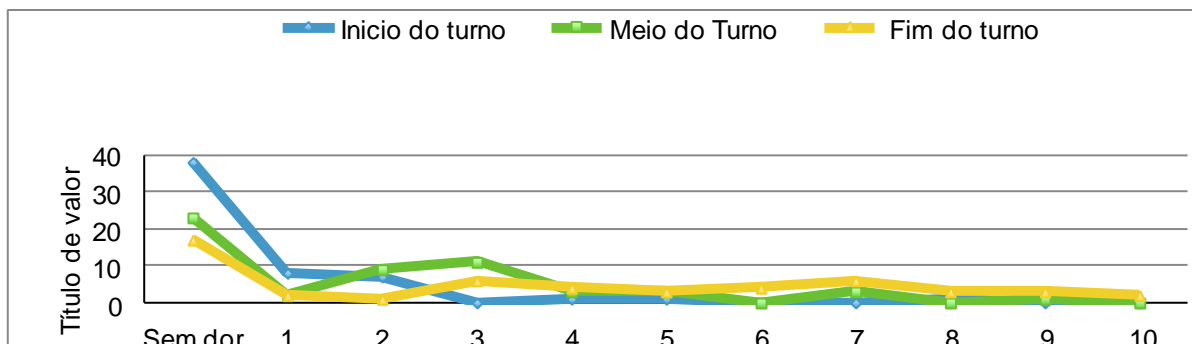
Gráfico 13 - Dor nos membros superiores ao longo do turno



Da análise efectuada na avaliação da dor nos membros superiores, verificamos que 92,8% (n=52 de 56) dos participantes referem não ter dor no início do turno, registando-se variações ao longo do turno, sendo de 94,3% (n=50 de 53) a meio do turno e no fim do turno só 90,6% (n= 48 de 53) referem que não ter dores nos membros superiores.

A intensidade da dor máxima aumenta de 6 (3,8 n=2) com uma média 0,20 e DP= 0,862 até 7, com média de 0,34 e DP= 1,315, na escala de 0 a 10, embora com baixa frequência (1,9%, n=1 de 53).

Gráfico 14 - Dor nos membros inferiores ao longo do turno

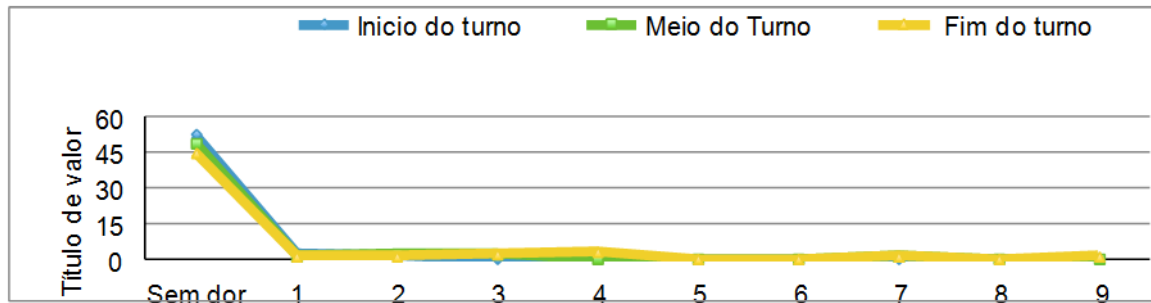


Verificamos que, em relação à dor dos membros inferiores, 67,9% (n=38 de 56) dos participantes referem não ter dor no início do turno, notando-se uma diminuição ao longo do turno, sendo de 41,8% (n= 23 de 55) a meio do turno e no fim do turno só 33,3% (n=17 de 51) referem não sentir dor nos membros inferiores.

A intensidade da dor aumenta até 10 na escala de 0 a 10, embora com baixa frequência (3,9%, n=2 de 51). Em relação à dor dos membros inferiores, no início do turno a média

situa-se em 0,70 com um DP = 1,439, tendo a meio do turno uma média de 2,00 com DP= 2,228 e no final do turno a média é de 3,73 com um desvio padrão de 3,359.

Gráfico 15 - Dor dos pés ao longo do turno



No que diz respeito à referência da dor nos pés, constatamos que no início do turno 94,6% (n=53 de 56) refere não ter dor, sendo que no meio do turno 89,1% (n=49 de 55) e no fim 83,3% (n=45 de 54) mantêm ausência de dor.

A intensidade da dor aumenta até 9 com uma média 0,69 e um DP= 1,820 na escala de 0 a 10, embora com baixa frequência (1,9%, n=1 de 54)

Em síntese, regista-se um aumento de dores ao longo do turno em todas as áreas avaliadas sendo que, as que mais aumentam de intensidade, são a dos membros inferiores, dos pés, da lombar, da cabeça e cervical.

1.3 – DESCRIÇÃO DO BEM-ESTAR

Sobre o bem-estar, e de forma a facilitar a análise, subdividimos os resultados da escala em três partes. Na tabela 11.1 juntamos os itens dos afetos negativos (26); na 11.2 os do afectos positivos (21); e por fim fizemos a análise parcelar dos itens referentes à satisfação com a vida.

Tabela 11.1 - Resultados Escala Bem-Estar Subjetivo - Afetos Negativos

PALAVRAS	NEM UM POUCO (1)		UM POUCO (2)		MODERADAMENTE (3)		BASTANTE (4)		EXTREMAMENTE (5)		TOTAL	
	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%*	Nº	%
8 Apreensivo	11	15,1	33	45,2	21	28,8	7	9,6	1	1,4	73	100
9 Preocupado	6	8,2	36	49,3	20	27,4	10	13,7	1	1,4	73	100
27 Impaciente	18	24,7	36	49,3	14	19,2	4	5,4	1	1,4	73	100
28 Receoso	27	37	35	47,9	7	9,6	3	4,1	1	1,4	73	100
33 Abatido	39	53,4	26	35,6	4	5,4	3	4,1	1	1,4	73	100
45 Triste	40	54,8	25	34,2	5	6,8	2	2,7	1	1,4	73	100
44 Tenso	21	28,8	36	49,3	11	15,1	3	4,1	2	2,7	73	100
1 Afrito	54	74	13	17,8	6	8,2	/	/	/	/	73	100
2 Alarmado	46	63	25	34,2	2	2,7	/	/	/	/	73	100
5 Angustiado	32	43,8	30	41,1	10	13,7	1	1,4	/	/	73	100
12 Irritado	21	29,2	31	43,1	16	22,2	4	5,6	/	/	72	100
13 Deprimido	51	69,9	16	21,9	4	5,5	2	2,7	/	/	73	100
17 Transtornado	54	74	13	17,8	6	8,2	/	/	/	/	73	100
20 Chateado	23	31,5	34	46,6	12	16,4	4	5,5	/	/	73	100
23 Assustado	50	68,5	18	24,7	5	6,8	/	/	/	/	73	100
30 Desanimado	33	45,2	32	43,8	3	4,1	5	6,8	/	/	73	100
31 Ansioso	21	28,8	35	47,9	12	16,4	5	6,8	/	/	73	100
32 Indeciso	31	42,5	28	38,4	12	16,4	2	2,7	/	/	73	100
34 Amedrontado	60	82,2	10	13,7	2	2,7	1	1,4	/	/	73	100
35 Aborrecido	33	45,2	30	41,1	9	12,3	1	1,4	/	/	73	100
36 Agressivo	59	80,8	9	12,3	2	2,7	3	4,1	/	/	73	100
38 Incomodado	29	39,7	35	47,9	6	8,2	3	4,1	/	/	73	100
40 Nervoso	28	38,4	25	34,2	17	23,3	3	4,1	/	/	73	100
46 Agitado	42	57,5	16	21,9	11	15,1	4	5,5	/	/	73	100
47 Envergonhado	49	67,5	17	23,3	5	6,8	2	2,7	/	/	73	100

Para facilitar a leitura, foram destacados todos os valores com maior frequência de cada item e dentro deste, todos cujo valor seja superior a 50% da amostra, assinalados com cor mais forte. Na presença dos resultados da Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES), foi possível inferir, de uma forma geral, analisando os resultados de percentagem mais elevada, os seguintes resultados: na tabela dos afetos negativos (tabela 11.1) podemos verificar que a amostra se encontra situada abaixo do corte 3, com valores inferiores localizados no “nem um pouco” que corresponde ao valor “1” que é o mais baixo da escala. Encontramos: **amedrontado** (82,2% n=60 de 73); **agressivo** (80,8% n=59 de 73); **transtornado** (74,0% n=54 de 73); **afritos** (74,0% n=54 de 73); **assustado** (68,5% n=50 de); **envergonhado** (67,5 n=49 de 73). A média é de 1,822 e podemos concluir que a amostra apresenta um bem-estar subjetivo em relação aos afetos negativos.

Tabela 11.2 - Resultados Escala Bem-Estar Subjetivo - Afetos Positivos

PALAVRAS	NEM UM POUCO (1)		UM POUCO (2)		MODERADAMENTE (3)		BASTANTE (4)		EXTREMAMENTE (5)		TOTAL	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
3 Amável	1	1,4	2	2,7	16	21,9	51	69,9	3	4,1	73	100
4 Ativo	0	0	0	0	15	20,5	47	64,4	11	15,1	73	100
6 Agradável	0	0	2	2,7	19	26	45	61,6	7	9,6	73	100
7 Alegre	0	0	1	1,4	27	37	37	50,7	8	11	73	100
10 Disposto	0	0	5	6,8	28	38,4	32	43,8	8	11	73	100
11 Contente	0	0	3	4,1	33	45,2	32	43,8	5	6,8	73	100
14 Interessado	0	0	1	1,4	21	28,8	38	52,1	13	17,8	73	100
16 Atento	0	0	0	0	10	13,7	49	67,1	14	19,2	73	100
18 Animado	0	0	7	9,6	29	39,7	31	42,5	6	8,2	73	100
19 Determinad	0	0	2	2,7	16	21,9	44	60,3	11	15,1	73	100
21 Decidido	0	0	1	1,4	16	21,9	47	64,4	9	12,3	73	100
22 Seguro	0	0	3	4,2	18	25	50	69,4	1	1,4	72	100
24 Dinamico	0	0	2	2,7	19	26	43	58,9	9	12,3	73	100
25 Engajado	18	27,7	9	13,8	19	29,2	18	27,7	1	1,5	65	100
26 Produtivo	0	0	0	0	13	17,8	55	75,3	5	6,8	73	100
29 Entusiasma	0	0	8	11	37	50,7	25	34,2	3	4,1	73	100
37 Estimulado	3	4,1	15	20,5	30	41,2	22	30,1	3	4,1	73	100
39 Bem	1	1,4	2	2,7	17	23,3	46	63	7	9,6	73	100
41 Empolgado	8	11	16	21,9	29	39,7	17	23,3	3	4,1	73	100
42 Vigoroso	2	2,7	8	11	32	43,8	28	38,4	3	4,1	73	100
43 Inspirado	0	0	5	6,9	38	52,8	26	36,1	3	4,2	72	100

Em relação aos afetos positivos, quanto maiores são os resultados acima do corte 3 melhor é o bem-estar subjetivo. A amostra apresenta as frequências mais elevadas localizadas no ponto “bastante (4)” em relação aos seguintes parâmetros: **produtivo** (75,3 n=55 de 73); **amável** (69,9 n=51 de 73); **seguro** (69,4 n=50 de 72); **atento** (67,1% n=49 de 73); **ativo e decidido** (64,4% n=47 de 73); **bem** (63,0% n=46 de 73) e **determinado** (60,3% n=44 de 73). A média é 3,575 e podemos concluir que em relação aos afetos positivos o resultado é inferior aos afetos negativos.

Na parte do questionário referente à “satisfação com a vida” optamos por analisar pergunta a pergunta. Relembramos que valores acima de 3 demonstram maior satisfação com a vida.

Tabela 12 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“estou satisfeito com minha vida”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo	3	4,1	4,1	4,1
	Não sei	23	31,1	31,5	35,6
	Concordo	33	44,6	45,2	80,8
	Concordo Plenamente	14	18,9	19,2	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Verificamos que 45,2% (n=33 de 73) dos participantes está bastante satisfeito com a vida e apenas 4,1% (n=3 de 73) refere estar pouco satisfeito. A média é de 3,79 com um desvio padrão de 0,804.

Tabela 13 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“tenho aproveitado as oportunidades da vida”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	2	2,7	2,7	2,7
	Discordo	2	2,7	2,7	5,5
	Não sei	20	27	27,4	32,9
	Concordo	34	45,9	46,6	79,5
	Concordo Plenamente	15	20,3	20,5	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Cerca de 46,6 % (n=34 de 73) da amostra refere que aproveitou bastante as oportunidades e só 2,7% (n=2 de 73) acha que não aproveitou nem um pouco. Média de 3,79 com um desvio padrão de 0,903.

Tabela 14 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“avalio a minha vida de forma positiva”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo	2	2,7	2,7	2,7
	Não sei	12	16,2	16,4	19,2
	Concordo	36	48,6	49,3	68,5
	Concordo Plenamente	23	31,1	31,5	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Podemos considerar que 49,3% (n=36 de 73) dos participantes avaliam a sua vida de forma bastante positiva e 31,5% (n=23 de 73) de extremamente positiva. A média é de 4,07 com um desvio de 0,861. Este item é um dos com o valor mais elevado.

Tabela 15 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“sob quase todos os aspetos minha vida está longe do meu ideal”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	28	37,8	38,9	38,9
	Discordo	19	25,7	26,4	65,3
	Não sei	16	21,6	22,2	87,5
	Concordo	8	10,8	11,1	98,6
	Concordo Plenamente	1	1,4	1,4	100
	Total	72	97,3	100	
Missing		2	2,7		
Total		74	100		

Em relação à percepção dos participantes sobre a aproximação da sua vida com um ideal de vida, 38,9% (n=28 de 72) discorda totalmente e só 1,4% (n=1 de 72) refere estar plenamente de acordo. Registamos uma média de 2,10 com um desvio de 1,090, neste item a amostra apresenta um índice de satisfação com a vida abaixo de “3”.

Tabela 16 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“mudaria o meu passado se eu pudesse”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	26	35,1	35,6	35,6
	Discordo	22	29,7	30,1	65,8
	Não sei	12	16,2	16,4	82,2
	Concordo	9	12,2	12,3	94,5
	Concordo Plenamente	4	5,4	5,5	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Verificou-se que 35,6% (n=26 de 73) dos participantes não mudava o seu passado e 5,5% (n=4 de 73) mudava radicalmente. A média obtida é de 2,22 com um desvio padrão de 1,224. Neste item a amostra também apresenta resultados abaixo do score “3”

Tabela 17 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“tenho conseguido tudo o que esperava da vida”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	1	1,4	1,4	1,4
	Discordo	3	4,1	4,2	5,6
	Não sei	32	43,2	44,4	50
	Concordo	30	40,5	41,7	91,7
	Concordo Plenamente	6	8,1	8,3	100
	Total	72	97,3	100	
Missing		2	2,7		
Total		74	100		

Concluimos que a maior parte dos participantes não tem a certeza se conseguiram o que queria na vida, (44,4%, n=32 de 72) 41,7% (n=30 de 72) acham que conseguiram, e 8,3% (n=6 de 72) concordam plenamente com a afirmação. Só apenas 1,4% (n=1 de 72) refere que não ter conseguido. A média é de 3,51 com um desvio padrão de 0,769.

Tabela 18 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“a minha vida está de acordo com o que desejo para mim”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	1	1,4	1,4	1,4
	Discordo	8	10,8	11	12,3
	Não sei	27	36,5	37	49,3
	Concordo	30	40,5	41,1	90,4
	Concordo Plenamente	7	9,5	9,6	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

A percepção dos participantes de que a vida está de acordo com o que desejavam, mostra que 41,1% (n=30 de 73) concordam e 37,0% (n=27 de 73) não sabem. Apenas 1,4% (n=1) discorda plenamente. A média situa-se no 3,47 com um desvio padrão 0,872.

Tabela 19 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“gosto da minha vida”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	3	4,1	4,1	4,1
	Discordo	10	13,5	13,7	17,8
	Não sei	39	52,7	53,4	71,2
	Concordo	21	28,4	28,8	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Face à questão “gosto da minha vida”, 53,4% (n=39 de 73) responderam que não sabiam e 28,4% (n=21 de 73) que concordavam com a afirmação. O limite inferior refere-se “discordo plenamente” e é de 4,1% (n=3 de 73). A média localiza-se no 4.07 com um desvio padrão de 0,775, sendo este um dos itens onde a média é mais elevada.

Tabela 20 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“minha vida está ruim”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	49	66,2	68,1	68,1
	Discordo	16	21,6	22,2	90,3
	Não sei	6	8,1	8,3	98,6
	Concordo	1	1,4	1,4	100
	Total	72	97,3	100	
Missing		2	2,7		
Total		74	100		

Quando confrontados com a afirmação “minha sua vida está ruim”, 68,1% (n=49 de 72) discorda plenamente da afirmação e apenas 1,4% (n=1 de 72) concorda. A média é de 1,44 com um desvio padrão 0,767 sendo que esta pergunta está feita pela negativa pelo que quanto mais baixo for o resultado melhor o índice de satisfação com a vida.

Tabela 21 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“estou insatisfeito com a minha vida”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	45	60,8	61,6	61,6
	Discordo	17	23	23,3	84,9
	Não sei	8	10,8	11	95,9
	Concordo	2	2,7	2,7	98,6
	Concordo Plenamente	1	1,4	1,4	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Em relação à insatisfação com a sua vida, 61,6 (n=45 de 73) estão satisfeitos. Só 1,4% (n=1 de 73) dos participantes está extremamente insatisfeito. A média é de 1,60 com um desvio de 0,899. Como é mais do um item pela negativa pode considerar-se um resultado positivo.

Tabela 22 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“a minha vida poderia estar melhor”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	4	5,4	5,5	5,5
	Discordo	25	33,8	34,2	39,7
	Não sei	27	36,5	37	76,7
	Concordo	14	18,9	19,2	95,9
	Concordo Plenamente	3	4,1	4,1	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Em comparação com o quadro anterior, podemos verificar que embora 76,7% (n= 56 de 73) esteja satisfeito com a sua vida, 34,2% (n=25 de 73) considera que poderia estar um pouco melhor, 4,1% (n= 3 de 73) considera que deveria estar extremamente melhor, e 5,4% (n=4 de 73) não alterava nada. Obtivemos uma média de 2,83 com um desvio padrão 0,949.

Tabela 23 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	46	62,2	63	63
	Discordo	17	23	23,3	86,3
	Não sei	6	8,1	8,2	94,5
	Concordo	3	4,1	4,1	98,6
	Concordo Plenamente	1	1,4	1,4	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Cerca de 63,0 % (n=46 de 73) da amostra refere que em relação a “tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida” discorda plenamente e só 1,4% (n=1 de 73) concorda plenamente com a afirmação. Média 1,58 e com um desvio padrão de 0,912. Podemos considerar um resultado positivo, cerca de 86,3 discorda da afirmação.

Tabela 24 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“minha vida é sem graça”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	56	75,7	76,7	76,7
	Discordo	9	12,2	12,3	89
	Não sei	7	9,5	9,6	98,6
	Concordo Plenamente	1	1,4	1,4	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Podemos considerar que 76,7% (n=56 de 73) acham que a sua vida não é nem um pouco desinteressante. Apenas 1,4% (n=1) acha que a sua vida é extremamente desinteressante. A média é de 1,58 com um desvio padrão de 0,915 o qual é um podemos considerar um bom resultado. Com este tipo de pergunta, consideramos que o resultado inferior a “3” é um bom resultado.

Tabela 25 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“minhas condições de vida são muito boas”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo Plenamente	6	8,1	8,2	8,2
	Discordo	10	13,5	13,7	21,9
	Não sei	30	40,5	41,1	63
	Concordo	22	29,7	30,1	93,2
	Concordo Plenamente	5	6,8	6,8	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Em relação à avaliação das condições de vida, 41,1% (n=30 de 73) não sabem e 8,2% (n=6 de 73) dos participantes não as considera nada boas. A média é de 3,13 com um desvio padrão de 1,020.

Tabela 26 - Distribuição da percepção dos participantes sobre
“considero-me uma pessoa feliz”

		Frequencia	Percentagem	Percentagem Real	Percentagem Acumulada
Validos	Discordo	1	1,4	1,4	1,4
	Não sei	19	25,7	26	27,4
	Concordo	40	54,1	54,8	82,2
	Concordo Plenamente	13	17,6	17,8	100
	Total	73	98,6	100	
Missing		1	1,4		
Total		74	100		

Quando inquiridos em relação à felicidade, cerca de 54,8% (n=40 de 73) considera-se bastante feliz e apenas um residual de 1,4%, (n= 1 de 73), revela pouca felicidade. A média deste item é de 3,89 com um desvio padrão de 0,703.

De uma forma geral, em relação aos resultados da EBES conseguimos perceber que a amostra em relação aos afetos positivos apresenta uma média de 3,5752 com um desvio padrão de 0,45105. Em relação aos afetos negativos a média é de 1,7979 com um desvio de 0,49485. Em relação à satisfação de vida é de 2,8583 com um desvio de 0,27679.

Podemos concluir que obtivemos bons resultados em relação aos afetos positivos e negativos e resultados menos positivos em relação á satisfação de vida.

1.4 – DESCRIÇÃO DA ESCALA DE PERCEÇÃO DO STRESS (EPS)

A escala EPS tenta exprimir o que a pessoa sentiu no mês antecedente. O participante deve responder rapidamente às questões com o objetivo de captar a percepção (Ribeiro, 2009).

Tabela 27 - Resultados da Escala de Percepção do Stress

Afirmções	Nunca		Quase nunca		Algumas vezes		Com muita frequência		Muitas Vezes	
No ultimo mês com que frequência	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
se sentiu aborrecido com algo que correu inesperadamente	2	2,7	23	31,1	40	54,1	8	10,8	1	1,4
sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes	17	23	39	52,7	12	16,2	4	5,4	-	-
se sentiu nervoso ou “stressado”	4	5,4	19	25,7	36	48,6	13	17,6	2	2,7
enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas	0	0	6	8,1	28	37,8	34	45,9	6	8,1
sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida	1	1,4	6	8,1	38	51,4	18	24,3	11	14,9
se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais	-	-	3	4,1	16	21,6	34	45,9	21	28,4
sentiu que as coisas estavam a correr como queria	1	1,4	4	5,4	35	47,3	27	36,5	7	9,5
reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer	4	5,4	22	29,7	36	48,6	9	12,2	2	2,7
se sentiu capaz de controlar as suas irritações	-	-	4	5,4	24	32,4	34	45,9	11	14,9
sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor	1	1,4	5	6,8	33	44,6	28	37,8	6	8,1
se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo	6	8,1	20	27	41	55,4	3	4,1	4	5,4
foi capaz de controlar o seu tempo	-	-	7	9,5	12	16,2	45	60,8	10	13,5
sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar	22	29,7	37	50	13	17,6	2	2,7	-	-

Face às respostas relativamente ao *stress*, registaram-se os seguintes comportamentos: **54,1% (n=40 de 74)** sentiram-se “algumas vezes” aborrecidos com algo que aconteceu inesperadamente, com uma média de 1,77 e um desvio padrão de 0,732; **52,7 % (n=39 de 72)** sentiu que “quase nunca” era incapaz de controlar as coisas que são importantes, apresentando uma média de 1,04 com um desvio padrão de 0,795; **48,6% (n=36 de 74)** sentiu-se “algumas vezes” nervoso e “stressado”, sendo que a média deste item se localiza nos 1,86 com um desvio de 0,865; **45,9% (n=34 de 74)** enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e difíceis sendo a média de 2,54 com um desvio de 0,762; **51,4% (n=38 de 74)** sentiu que “algumas vezes” estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes a ocorrer na sua vida, apresentando uma média de 2,43 com um desvio de 0,893; **45,9 (n=34 de 74)** sentiu-se “com muita frequência” confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais, sendo a média de 2,99 com um desvio de 0,819; **47,3 % (n=35 de 74)** sentiu que “algumas vezes” as coisas estavam a correr como queria, a média do grupo é de 2,47 com um desvio de 0,798; **48,6 (n=36 de 73)** referiu que “algumas vezes” não conseguia fazer tudo o que tinha que fazer, com uma média de 1,77 com um desvio de 0,842; **45,9% (n=34 de 73)** sentiu “com muita frequência” capaz de controlar as suas irritações, a média encontrada foi de 2,71 com um desvio de 0,79; **44,6 % (n=33 de 73)** sentiu que “algumas vezes” as coisas lhe estavam a correr pelo melhor, sendo a média de 2,45 com um desvio de 0,8; **55,4 (n=41 de 74)** sentiu-se “algumas vezes” irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo, uma média de 1,72 com um desvio de 0,884; **60,8% (n=45 de 74)** foi capaz “com muita frequência” de controlar o seu tempo, com uma média de 2,78 com um desvio de 0,798; **50,0% (n=37 de 74)** sentiu que “quase nunca” as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar, sendo a média de 0,93 e um desvio de 0,764.

De uma forma geral, a equipa de neurocirurgia apresenta, em relação aos níveis de *stress*, uma média de 40,44, com um desvio padrão de 3,836 sendo a moda igual a 42,00 numa variação de 29 a 52, salientando que a mesma pode variar de 13 a 65.

1.5 – BIPOLAR

Com este inquérito pretendemos analisar riscos ergonómicos no momento exato do desempenho profissional em relação a toda a amostra sem distinção.

Tabela 28.1 - Resultados Escala Bipolar - Perceção sobre o estado geral no início do turno

Situação Positiva	1		2		3		4		5		Situação negativa
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Descansado	26	35,1	36	48,6	9	12,2	3	4,1	0	0	Cansado
Boa concentração	42	56,8	20	27	7	9,5	5	6,8	-	-	Dificuldade em concentrar
Tranquilo	46	62,2	18	24,3	7	9,5	2	2,7	1	1,4	Nervoso
Produtividade normal	49	66,2	15	20,3	6	8,1	4	5,4	-	-	Produtividade Comprometida
Ausência de dor de cabeça	53	71,6	12	16,2	5	6,8	3	4,1	-	-	Dor de Cabeça
Ausência de dores no pescoço e ombros	34	45,9	24	32,4	10	13,5	5	6,8	1	1,4	Dor no pescoço e nos ombros
Ausência de dores nas costas	34	45,9	22	29,7	11	14,9	6	8,1	1	1,4	Dores nas costas
Ausência de dor lombar	40	54,1	20	27	6	8,1	6	8,1	1	1,4	Dor lombar
Ausência de dor nas coxas	50	67,6	13	17,6	10	13,5	1	1,4	-	-	Dor nas coxas
Ausência de dor nas pernas	42	56,8	20	27	7	9,5	5	6,8	-	-	Dor nas pernas
Ausência de dor nos pés	54	73	13	17,6	5	6,8	1	1,4	-	-	Dor nos pés
Ausência de dores nos braços, punhos e mãos	50	67,6	17	23	5	6,8	1	1,4	1	1,4	Dor nos braços, nos punhos e nas mãos
Ausência de dor no tórax	63	85,1	9	12,2	2	2,7	-	-	-	-	Dor no torax
Ausência de dor no estomago	58	78,4	14	18,9	2	2,7	-	-	-	-	Dor no estomago
Descansado visualmente	49	66,2	16	21,6	5	6,8	4	5,4	-	-	Cansaço visual
Totais	690	62,2	269	24,2	97	8,76	46	4,2	5	0,5	100

Verificamos que no início do turno, os participantes apresentam-se na **posição 1** em relação a: concentração 56,8% (n=42); tranquilidade 62,2% (n=46); produtividade normal 66,2% (n=49); ausência de dor de cabeça 71,8% (n=53); ausência de dores de pescoço e ombros 45,9% (n=34); ausência de dores de costas 45,9% (n=34); ausência de dor

lombar 54,1% (n=40); ausência de dor nas coxas 67,6% (n=50); ausência de dores nas pernas 56,8% (n=42); ausência de dores nos pés 73,0% (n=54); ausência de dores nos braços, punhos e mãos 67,6% (n=50); ausência de dor no tórax 85,1% (n=63); ausência de dor no estômago 78,4% (n=58); descansado visualmente 66,2% (n=49). Na **posição 2** em relação ao item “descansado”, 48,6% (n=36).

Podemos concluir que no início do turno os participantes se encontram na situação positiva ocupando maioritariamente o nível 1 da escala 1 a 5.

Tabela 28.2 – Resultados Escala Bipolar - Percepção sobre o estado geral no meio do turno

Situação Positiva	1		2		3		4		5		Situação negativa
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Descansado	12	16,2	24	32,4	28	37,8	9	12,2	-	-	Cansado
Boa concentração	23	31,1	36	48,6	10	13,5	5	6,8	-	-	Dificuldade em concentrar
Tranquilo	22	29,7	32	43,2	16	21,6	4	5,4	-	-	Nervoso
Produtividade normal	32	43,2	27	36,5	14	18,9	1	1,4	-	-	Produtividade Comprometida
Ausência de dor de cabeça	41	55,4	16	21,6	13	17,6	2	2,7	2	2,7	Dor de Cabeça
Ausência de dores no pescoço e ombros	24	32,4	17	23	21	28,4	8	10,8	3	4,1	Dor no pescoço e nos ombros
Ausência de dores nas costas	20	27	19	25,7	24	32,4	8	10,8	3	4,1	Dores nas costas
Ausência de dor lombar	20	27	19	25,7	24	32,4	7	9,5	3	4,1	Dor lombar
Ausência de dor nas coxas	32	43,2	22	29,7	16	21,6	2	2,7	1	1,4	Dor nas coxas
Ausência de dor nas pernas	21	28,4	16	21,6	26	35,1	6	8,1	3	4,1	Dor nas pernas
Ausência de dor nos pés	36	48,6	18	24,3	15	20,3	3	4,1	2	2,7	Dor nos pes
Ausência de dores nos braços, punhos e mãos	35	47,3	19	25,7	14	18,9	4	5,4	2	2,7	Dor nos braços, nos punhos e nas mãos
Ausência de dor no tórax	59	79,7	13	17,6	1	1,4	-	-	1	1,4	Dor no torax
Ausência de dor no estômago	49	66,2	20	27	4	5,4	-	-	-	-	Dor no estomago
Descansado visualmente	25	33,8	28	37,8	15	20,3	4	5,4	1	1,4	Cansaço visual
Totais	451	40,6	326	29,4	241	21,7	63	5,7	21	1,9	101

A meio do turno os valores com percentagem máxima e que se continuam a localizar na **posição 1** são: produtividade 43,2% (n=32); ausência de dor de cabeça 55,4% (n=41); ausência de dores pescoço e ombros 32,4% (n=24); ausência de dor nas coxas 43,2% (n=32); ausência de dores de pés 48,8% (n=36); ausência de dores nos braços, punhos e mãos 47,3% (n=35); ausência de dores de tórax 79,7% (n=59); ausência de dores de estômago 66,2% (n=49). Deslocaram-se para a **posição 2**: concentração 48,6% (n=36);

tranquilo 43,2% (n=32); descansado visualmente 37,8 (n=28). Na **posição 3**: descansado 37,8% (n=28); ausência de dores nas costas 32,4% (n=24); ausência de dor lombar 32,4% (n=24); ausência de dores nas pernas 35,1% (n=26).

Face aos resultados a meio do turno, concluímos que a maioria dos participantes ainda se posiciona na situação positiva da escala, embora se tenha notado um deslocamento para as posições 2 e 3.

Tabela 28.3 – Resultados Escala Bipolar - Percepção sobre geral o estado no fim do turno

Situação Positiva	1		2		3		4		5		Situação negativo
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%	
Descansado	3	4,1	11	14,9	18	24,3	28	37,8	14	18,9	Cansado
Boa concentração	12	16,2	24	32,4	24	32,4	11	14,9	3	4,1	Dificuldade em concentrar
Tranquilo	13	17,6	23	31,1	27	36,5	10	13,5	1	1,4	Nervoso
Produtividade normal	17	23	26	35,1	20	27	9	12,2	2	2,7	Produtividade Comprometida
Ausência de dor de cabeça	30	40,5	17	23	17	23	6	8,1	4	5,4	Dor de Cabeça
Ausência de dores no pescoço e ombros	19	25,7	17	23	18	24,3	15	20,3	5	6,8	Dor no pescoço e nos ombros
Ausência de dores nas costas	15	20,3	9	12,2	26	35,1	18	24,3	6	8,1	Dores nas costas
Ausência de dor lombar	15	20,3	11	14,9	22	29,7	22	29,7	4	5,4	Dor lombar
Ausência de dor nas coxas	32	43,2	15	20,3	19	25,7	7	9,5	1	1,4	Dor nas coxas
Ausência de dor nas pernas	13	17,6	15	20,3	19	25,7	21	28,4	6	8,1	Dor nas pernas
Ausência de dor nos pés	26	35,1	19	25,7	16	21,6	9	12,2	4	5,4	Dor nos pés
Ausência de dores nos braços, punhos e mãos	32	43,2	18	24,3	16	21,6	6	8,1	2	2,7	Dor nos braços, nos punhos e nas mãos
Ausência de dor no tórax	56	75,7	13	17,6	4	5,4	1	1,4	-	-	Dor no torax
Ausência de dor no estomago	47	63,5	17	23	8	10,8	1	1,4	-	-	Dor no estomago
Descansado visualmente	16	21,6	19	25,7	21	28,4	13	17,6	5	6,8	Cansaço visual
Totais	346	31	254	23	275	25	177	16	57	5	105

As percentagens máximas que se continuam a localizar na **posição 1**, no fim do turno são: ausência de dor de cabeça 40,5% (n=30); ausência de dores no pescoço e ombros

25,7 % (n=19); ausência de dores nas coxas 43,2% (n=32); ausência de dores nos pés 35,1% (n=26); ausência de dores nos braços, punhos e mãos 43,2% (n=32); ausência de dor no tórax 75,7% (n=56); ausência de dor no estômago 63,5% (n=47). Na **posição 2**: a produtividade 35,1% (n=26); concentração 32,4% (n=24), mantendo valor igual. Na **posição 3**: tranquilo 36,5% (n=27); ausência de dores nas costas 35,1% (n=26); descanso visual 28,4% (n=21); ausência de dor lombar 29,7% (n=22) mantendo valor igual. Na **posição 4**: cansado 37,8% (n=28); dor nas pernas 28,4% (n=21).

Em síntese, com a Escala Bipolar adaptada por Deliberado (2002), verificamos que no início do turno mais de 80% dos participantes se situa na **posição 1** (62%) e **2** (24%). A meio do turno 70% ainda se situavam na mesma **posição 1** (41%) **posição 2** (29%). No fim do turno, ainda encontramos cerca de 54% na **posição 1** (31%) e **2** (23%). A **posição 3** (25%) tem maior frequência do que a **2**. Podemos ainda concluir que as dores nas costas, as dores lombares, as dores nas pernas, o cansaço e o cansaço visual são as categorias que tiveram uma evolução negativa mais significativa ao longo do turno.

2 – APRESENTAÇÃO DE DADOS POR GRUPO PROFISSIONAL

Com o propósito de identificar as diferenças entre os grupos profissionais por local de trabalho e porque não ocorreu uma distribuição normal, recorremos aos testes não paramétricos, não encontrando diferenças entre os grupos.

Tabela 29 - Distribuição dos profissionais por género

Sexo		Profissionais				Total
		Outros	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Medicos	
Feminino	N	2	11	33	1	47
	%	4,30%	23,40%	70,20%	2,10%	100,00%
Masculino	N	0	2	14	11	27
	%	0,00%	7,40%	51,90%	40,70%	100,00%
Total	N	2	13	47	12	74
	% sexo	2,70%	17,60%	63,50%	16,20%	100,00%

O grupo dos enfermeiros é o maior com uma representação de 63,5% (n=47 de 74), o que também faz com que a representação seja para ambos os gêneros em maior número. Nesta classe, contudo, quando analisado cada grupo, depressa verificamos que há mais homens médicos e mais mulheres assistentes operacionais e enfermeiras.

Tabela 30 - Distribuição dos profissionais por idade

Idade		Profissionais				Total
		Outros	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Medicos	
20 ao 30 (anos)	N	0	2	13	4	19
	%	0,00%	10,50%	68,40%	21,10%	100,00%
31 aos 40 (anos)	N	0	2	18	2	22
	%	0,00%	9,10%	81,80%	9,10%	100,00%
41 aos 50 (anos)	N	1	5	13	4	23
	%	4,30%	21,70%	56,50%	17,40%	100,00%
51 aos 60 (anos)	N	1	4	1	1	7
	%	14,30%	57,10%	14,30%	14,30%	100,00%
Total	N	2	13	45	11	71
	% idade	2,80%	18,30%	63,40%	15,50%	100,00%

Os enfermeiros assumem maiores percentagens de representação nas classes dos 20 aos 50 anos, enquanto os assistentes operacionais dominam a classe dos 41 aos 60 anos. Os médicos distribuem-se em todas idades, com frequências semelhantes.

Tabela 31 - Distribuição dos profissionais pelo tempo de serviço

Tempo de Serviço		Profissionais				Total
		Outros	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Medicos	
1 a 9 anos	N	0	6	14	6	26
	%	0,00%	23,10%	53,80%	23,10%	100,00%
10 a 19 anos	N	0	3	22	2	27
	%	0,00%	11,10%	81,50%	7,40%	100,00%
20 a 29 anos	N	1	3	8	2	14
	%	7,10%	21,40%	57,10%	14,30%	100,00%
> de 30 anos	N	0	1	0	1	2
	%	0,00%	50,00%	0,00%	50,00%	100,00%
Total	N	1	13	44	11	69
	%	1,40%	18,80%	63,80%	15,90%	100,00%

Em relação ao tempo de serviço, os enfermeiros são o grupo profissional que regista a maior frequência na categoria de 10 a 19 anos, os assistentes operacionais e os médicos tem mais efetivos na classe de 1 a 9 anos.

Tabela 32 - Distribuição dos profissionais por tipo de horário

Tipo de Horário		Profissionais				Total
		Outros	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Medicos	
Diurno	N	2	5	11	5	23
	%	8,70%	21,70%	47,80%	21,70%	100,00%
Rotativo	N	0	8	35	6	49
	%	0,00%	16,30%	71,40%	12,20%	100,00%
Total	N	2	13	46	11	72
	%	2,80%	18,10%	63,90%	15,30%	100,00%

O horário rotativo, é o que apresenta maior frequência e são os enfermeiros que mais contribuem para este indicador.

Tabela 33 - Distribuição dos profissionais pelo peso

Peso		Profissionais				Total
		Outros	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Medicos	
40 aos 49	N	0	1	1	0	2
	%	0,00%	50,00%	50,00%	0,00%	100,00%
50 ao 59	N	1	3	18	0	22
	%	4,50%	13,60%	81,80%	0,00%	100,0%
60 aos 69	N	1	3	12	1	17
	%	5,90%	17,60%	70,60%	5,90%	100,00%
70 aos 79	N	0	2	9	3	14
	%	0,00%	14,30%	64,30%	21,40%	100,00%
80 aos 89	N	0	4	4	2	10
	%	0,00%	40,00%	40,00%	20,00%	100,00%
90 aos 99	N	0	0	2	4	6
	%	0,00%	0,00%	33,30%	66,70%	100,00%
> de 100	N	0	0	1	0	1
	%	0,00%	0,00%	100,00%	0,00%	100,00%
Total	N	2	13	47	10	72
	%	2,80%	18,10%	65,30%	13,90%	100,00%

A maior frequência em relação ao peso localiza-se entre os 50 e os 59 quilos e são os enfermeiros o grupo que apresenta mais efetivos nesta categoria. Por outro lado, a categoria >100 tem n=1 e é enfermeiro. Os médicos localizam-se entre a maior frequência nos 90 a 99 quilos e os assistentes operacionais entre os 80 e 89 quilos.

Tabela 34 - Distribuição dos profissionais pela altura

Altura		Profissionais				Total
		Outros	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Medicos	
150 a 159	N	0	5	6	0	11
	%	0,00%	45,50%	54,50%	0,00%	100,00%
160 a 169	N	2	8	24	1	35
	%	5,70%	22,90%	68,60%	2,90%	100,00%
170 a 179	N	0	0	10	4	14
	%	0,00%	0,00%	71,40%	28,60%	100,00%
180 a 189	N	0	0	7	5	12
	%	0,00%	0,00%	58,30%	41,70%	100,00%
> de 190	N	0	0	0	2	2
	%	0,00%	0,00%	0,00%	100,00%	100,00%
Total	N	2	13	47	12	74
	%	2,70%	17,60%	63,50%	16,20%	100,00%

Em relação à altura, a maior frequência localiza-se na categoria 160 a 169 e são os enfermeiros e os assistentes operacionais que apresentam mais efetivos nesta categoria. A maioria dos médicos localiza-se na categoria 180 a 189.

Tabela 35 - Distribuição dos profissionais pelo IMC

Índice de Massa Corporal (IMC)		Profissionais				Total
		Outros	Assistentes Operacionais	Enfermeiros	Medicos	
Baixo peso	N	1	7	37	5	50
	%	2,00%	14,00%	74,00%	10,00%	100,00%
Peso normal	N	1	2	3	5	11
	%	9,10%	18,20%	27,30%	45,50%	100,00%
Marginalmente acima do peso	N	0	2	4	0	6
	%	0,00%	33,30%	66,70%	0,00%	100,00%
Acima do peso	N	0	2	1	0	3
	%	0,00%	66,70%	33,30%	0,00%	100,00%
Total	N	2	13	45	10	70
	%	2,90%	18,60%	64,30%	14,30%	100,00%

Analisado os que estão acima do alto peso verificamos que a maior percentagem é a dos assistentes operacionais (66,7%, n=2), enquanto que no indicador de peso normal a maior percentagem é de médicos (45,5%, n=5). O baixo peso é dominado pelos enfermeiros (74,0%, n=37) mas também é neste grupo que ficam os de peso marginal, acima do peso ideal (66,7%, n=4).

Analisamos a forma como os diferentes grupos profissionais se comportaram ao longo do turno e como variou a frequência nas diversas variáveis. Agrupamos os resultados de acordo com os dados obtidos pela escala bipolar em relação à dor e separamos os

restantes itens. Em relação à escalar de percepção do *stress* (EPS) e à escala de bem-estar subjectivo (EBES), fizemos a junção de todos os itens de acordo com a organização das escalas. Para analisarmos a dor na escala bipolar elaboramos dois grupos: “sem dor” e “com qualquer tipo de dor”. Apresentamos na tabela 35.1 os resultados dos participantes que apresentam dor. A intensidade da dor varia de pessoa para pessoa e como tal consideramos os registos de quem disse ter dor e quem disse não ter.

Tabela 36.1 - Resultados Escala Bipolar - Diferentes Profissões – Dor

Sintomatologia	Início					Meio					Fim					Prior
	AA	AO	Enf.	Med	Total	AA	AO	Enf.	Med	Total	AA	AO	Enf.	Med	Total	
Com dor no pés	50	39	24	17	-	100	69	53	17	-	100	77	66	42	-	-
% da amostra	1,4	7,3	16	2,9	27,9	2,9	13	36	2,9	55,1	2,9	15	45	7,3	69,6	2,5
Com dor de cabeça	100	31	28	8,3	-	100	46	49	17	-	100	39	66	50	-	-
% da amostra	2,9	5,8	19	1,4	29,4	2,9	8,7	33	2,9	47,8	2,9	7,3	45	8,7	63,8	2,2
Com dor nas pernas	50	62	43	25	-	100	77	78	33	-	100	92	87	50	-	-
% da amostra	1,4	12	29	4,3	46,4	2,9	15	53	5,8	76,2	2,9	17	59	8,7	88,4	1,9
Com dor lombar	100	39	46	42	-	100	69	80	42	-	100	77	85	58	-	-
% da amostra	2,9	7,3	31	7,3	48,5	2,9	13	55	7,3	78	2,9	15	58	10	85,5	1,8
Com dor nas coxas	0	46	32	25	-	50	62	63	25	-	50	62	60	42	-	-
% da amostra	0	8,7	22	4,3	34,8	1,4	12	43	4,3	60,3	1,4	12	41	7,3	60,9	1,8
Com dor nos braços, punhos e mãos	0	46	34	17	-	0	46	34	17	-	50	62	62	33	-	-
% da amostra	0	8,7	23	2,9	34,8	0	8,7	23	2,9	34,8	1,4	12	42	5,8	60,9	1,8
Com dor no estomago	50	23	17	33	-	100	33	30	33	-	100	39	28	50	-	-
% da amostra	1,4	4,4	12	5,8	23,2	2,9	6,3	20	5,8	35,3	2,9	7,3	19	8,7	38,1	1,6
Com dor no torax	0	15	13	25	-	50	23	21	8,3	-	50	23	23	25	-	-
% da amostra	0	2,9	8,7	4,3	16	1,4	4,4	15	1,4	21,8	1,4	4,4	16	4,3	26,1	1,6
Com dor nas costas	100	46	55	50	-	100	69	83	33	-	100	77	85	58	-	-
% da amostra	2,9	8,7	38	8,7	58	2,9	13	57	5,8	78,3	2,9	15	58	10	85,5	1,5
Com dor no pescoço e ombros	100	54	53	50	-	100	62	74	42	-	100	69	79	58	-	-
% da amostra	2,9	10	36	8,7	58	2,9	12	50	7,3	72,1	2,9	13	54	10	79,7	1,4

A tabela 36.1 foi elaborada para analisarmos de que forma se registou a percepção da dor ao longo do turno e quais os grupos profissionais onde essa variação mais se evidenciou. Conseguimos perceber que a dor que mais variou ao longo do turno foi a dor dos pés. Nos enfermeiros e nos assistentes operacionais é no meio do turno que se regista o maior agravamento. Nos médicos, o agravamento ocorre no fim do turno.

A dor de cabeça tem mais expressão no grupo dos médicos, onde existe um agravamento mais acentuado ao longo do turno. No grupo das assistentes operacionais, existe um agravamento a meio do turno que reverte no fim.

A dor nas pernas e dor lombar apresentam uma frequência mais elevada logo no início do turno. Os assistentes operacionais são os que apresentam mais dor de pernas logo no início do turno, seguindo-se os enfermeiros. A meio do turno existem diferenças significativas nos diferentes grupos profissionais com um Qui-quadrado de 0,019 e no final de 0,010.

Em relação às dores lombares, são os médicos e os enfermeiros que mais apresentam dor no início do turno, aumentando para quase o dobro dos efetivos no fim do turno.

Também existem diferenças significativas a meio do turno, nos diferentes profissionais no que se refere às dores nas costas, com um Qui-quadrado de 0,007.

Tabela 36.2 – Resultados Escala Bipolar - Diferentes Profissões - outros itens

Sintomatologia	Início					Meio					Fim					Prior
	AA	AO	Enf.	Med	Total	AA	AO	Enf.	Med	Total	AA	AO	Enf.	Med	Total	
Produtividade comprometida	0	46,2	27,7	50	-	50	61,5	57,4	50	-	50	69,2	87,2	50	-	-
% da amostra	0	8,7	18,87	8,7	36,27	1,45	11,59	39,1	8,7	60,83	1,45	13,04	59,4	8,7	82,58	2,28
Nervoso	50	38,5	31,9	58,3	-	50	69,2	72,3	66,7	-	50	76,9	89,4	66,7	-	-
% da amostra	1,45	7,25	21,73	10,14	40,57	1,45	13,04	49,25	11,6	75,33	1,45	14,49	60,9	11,6	88,43	2,18
Dificuldade em concentrar	50	46,2	34	75	-	50	61,5	70,2	75	-	50	61,5	93,6	75	-	-
% da amostra	1,45	8,7	23,16	13,04	46,36	1,45	11,59	47,82	13,04	73,9	1,45	11,59	63,76	13,04	89,84	1,94
Cansaço visual	0	23,1	31,9	58,3	-	50	61,5	63	25	-	50	61,5	59,6	41,7	-	-
% da amostra	0	4,35	21,73	10,14	36,22	1,45	11,59	42,91	4,35	60,3	1,45	11,59	40,6	7,25	60,89	1,68
Cansado	0	38,5	38,3	25	-	0	23,1	15,2	16,7	-	0	20,5	14,2	30,6	-	-
% da amostra	0	7,25	26,09	4,35	37,69	0	4,35	10,35	2,9	17,61	0	3,86	9,67	5,32	18,86	0,5

Em relação aos outros itens da escala bipolar, percecionamos que a produtividade é o indicador que apresenta mais comprometimento ao longo do turno e é mais notório nos enfermeiros e nos assistentes operacionais. No fim do turno existem diferenças

significativas entre os diversos grupos com um Qui-quadrado de 0,007.

O nervosismo aumenta ao longo do turno nos assistentes operacionais. Nos enfermeiros existem diferenças significativas a meio do turno com um Qui-quadrado de 0,046.

O cansaço é o que menos se altera com o desenvolvimento da atividade.

Em relação à Dor e de acordo com a circular normativa, agrupamos; “sem dor” posição 0; “dor ligeira” posição 1 e 2; “dor moderada” posições 3, 4 e 5; “dor intensa” posições 6, 7 e 8; “dor máxima” posições 9 e 10.

Só iremos fazer a análise dos grupos cujos resultados tiveram mais significado.

Tabela 37.1 - Dor de cabeça no início do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabeça	sem dor	1	1,8	11	19,6	34	60,7	5	8,9	51	91,1
INICIO	ligeira	0	0	0	0	2	3,6	1	1,8	3	5,4
	moderada	0	0	0	0	1	1,8	1	1,8	2	3,6
TOTAL										56	100

No início do turno 91,1% (n=51 de 56) dos participantes apresentam ausência de dor de cabeça. Os enfermeiros (média 0,22 e desvio padrão 0,886) e os médicos (média 0,5 e desvio padrão 1,134) são as únicas categorias que apresentam dor ligeira e moderada, sendo que a maior frequência se regista nos enfermeiros.

O pessoal assistente operacional não refere dor, bem como os assistentes administrativos.

Tabela 37.2 - Dor de cabeça a meio do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabeça	sem dor	1	1,9	11	20,4	30	55,6	6	11,1	48	88,9
MEIO	ligeira	0	0	0	0	2	3,7	1	1,9	3	5,6
	moderada	0	0	0	0	3	5,6	0	0	3	5,6
TOTAL										54	100

A meio do turno 88,9% (n=48 de 54) dos participantes mantém ausência de dores de cabeça e os médicos (média 0,14 e desvio padrão 1,145) e enfermeiros (média 0,43 e

desvio 0,378) embora com baixa frequência, mantêm dor ligeira e moderada, registando os enfermeiros a frequência mais elevada. Administrativas e assistentes operacionais mantêm ausência de dor.

Tabela 37.3 - Dor de cabeça no fim do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cabeça	sem dor	1	1,9	11	20,4	28	51,9	6	11,1	46	85,2
FIM	ligeira	0	0	0	0	0	0	1	1,9	1	1,9
	moderada	0	0	0	0	4	7,4	0	0	4	7,4
	intensa	0	0	0	0	3	5,6	0	0	3	5,6
TOTAL										54	100

No final do turno, as administrativas e assistentes operacionais mantêm ausência de registo de dor de cabeça. Os médicos (média 0,14 e desvio padrão 0,378) mantêm uma frequência baixa, embora a intensidade passe de “3” para “1”. Os enfermeiros são o grupo profissional onde a frequência é mais elevada (média 0,94 e desvio padrão 2,086) bem como onde se regista alteração de intensidade de “5” para “8”.

Tabela 38.1 - Dor cervical no início do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cervical	sem dor	1	1,8	8	14,3	26	46,4	6	10,7	41	73,2
INICIO	Ligeira			2	3,6	8	14,3	1	1,8	11	19,6
	moderada			1	1,8	3	5,4			4	7,1
TOTAL										56	100

Em relação à dor na cervical no início do turno, cerca de 73,2 (n=41 de 56) dos participantes não apresentam dor, 19,6% (n=11 de 56) apresentam dor ligeira, sendo a maior frequência a dos enfermeiros, seguindo-se os assistentes operacionais e por fim os médicos. Com dor moderada, a registar apenas os enfermeiros e os assistentes operacionais.

Tabela 38.2 - Dor cervical a meio do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cervical	sem dor	1	1,9	7	13	24	44,4	7	13	39	72,2
MEIO	ligeira			1	1,9	2	3,7			3	5,6
	moderada			3	5,6	8	14,8			11	20,4
	intensa					1	1,9			1	1,9
TOTAL										54	100

A maioria da amostra mantém ausência de dor na cervical a meio do turno (72,2% n=39 de 54). A intensidade e frequência da dor aumentou nos enfermeiros (“8”) e assistentes operacionais (“3”). A média é de 1,36 com desvio padrão de 2,063 nos assistentes operacionais. Os enfermeiros registam uma média de 1,23 com um desvio de 2,102.

Tabela 38.3 - Dor cervical no fim do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Cervical	sem dor	1	1,9	7	13,2	21	39,6	5	9,4	34	64,2
FIM	ligeira					2	3,8	1	1,9	3	5,7
	moderada			2	3,8	5	9,4	1	1,9	8	15,1
	intensa			1	1,9	5	9,4			6	11,3
	máxima			1	1,9	1	1,9			2	3,8
TOTAL										53	100

No final do turno, 64,2% (n= 34 de 53) mantém ausência de dor cervical. Os enfermeiros 9,4% (n=5 de 53) e assistentes operacionais 1,9% (n=1 de 53) referem dor moderada e intensa. A dor máxima aparece com igual frequência entre os mesmos grupos profissionais, com frequência de 1,9% (n=1 de 53) respetivamente. A média nos assistentes operacionais é de 1,91 com um desvio padrão de 3,081, nos enfermeiros a média é de 2,06 com um desvio de 3,064.

Tabela 39.1 - Dor lombar no início do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lombar	sem dor	1	1,8	8	14,3	28	50	5	8,9	42	75
INICIO	ligeira			2	3,6	4	7,1	2	3,6	8	14,3
	moderada			1	1,8	4	7,1			5	8,9
	intensa					1	1,8			1	1,8
TOTAL										56	100

Dos resultados apresentados podemos inferir que 75,0% (n=42 de 56) dos profissionais não apresentam dor lombar no início do turno. Apresentam dor ligeira 14,3% (n=8 de 56) em todas as categorias, com exceção das administrativas. Dor moderada 8,9% (n=5 de 56) nos enfermeiros e assistentes operacionais. Com dor intensa 1,8% (n=1 de 56) dos enfermeiros sendo esta percentagem pouco significativa. Os assistentes operacionais apresentam uma média de 0,55 com um desvio padrão de 1,036, os enfermeiros apresentam média 0,62 com desvio padrão de 1,441 e os médicos registam média 0,43 com um desvio padrão de 0,787.

Tabela 39.2 - Dor lombar a meio do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lombar	sem dor			7	13,2	17	32,1	5	9,4	29	54,7
MEIO	ligeira	1	1,9	1	1,9	6	11,3			8	15,1
	moderada			3	5,7	10	18,9	2	3,8	15	28,3
	intensa					1	1,9			1	1,9
TOTAL										53	100

A meio do turno a alteração mais significativa é o aumento da intensidade da dor para moderada 28,3% (n=15 de 53) em todas as categorias, com exceção das administrativas. Mantêm ausência de dor 54,7% (n=29 de 53) dos participantes. Média registada dos assistentes operacionais de 1,27 com desvio padrão de 1,902. Nos enfermeiros a média é de 1,62 com desvio de padrão 1,939 e nos médicos a média é de 0,86 com desvio padrão 1,464.

Tabela 39.3 - Dor lombar no fim do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lombar	sem dor			6	11,5	15	28,8	4	7,7	25	48,1
FIM	ligeira					3	5,8	1	1,9	4	7,7
	moderada	1	1,9	3	5,8	9	17,3	1	1,9	14	26,9
	intensa			2	3,8	7	13,5			9	17,3
	TOTAL									52	100

Em relação à dor lombar no fim do turno, a dor moderada 26,9% (n=14 de 52) está presente em todas as profissões. A frequência máxima mantém-se na ausência de dor 48,1%, (n=25 de 52), e a dor intensa aumenta nas categorias dos assistentes operacionais 3,8%, (n=2 de 52) e enfermeiros 13,5% (n=7 de 52). A média nos assistentes operacionais é de 2,45 com um desvio padrão de 3,11. Nos enfermeiros a média é de 2,5 com desvio de 2,733 e nos médicos a média é de 1,29 com um desvio de 1,976.

Tabela 40.1 - Dor dos membros inferiores no início do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		%		N	%	N	%	N	%	N	%
M.Inferiores	sem dor	1	1,8	5	8,9	26	46,4	6	10,8	38	67,9
INICIO	ligeira			5	8,9	9	16,1	1	1,8	15	26,8
	moderada					2	3,6			2	3,6
	intensa			1	1,8					1	1,8
	TOTAL									56	100

Face aos resultados apresentados concluímos que a dor dos membros inferiores está presente em quase todas as categorias. Sem manifestação de dor temos um valor de 67,9% (n=38 de 56) com todas as categorias presentes. Com dor ligeira 26,8% (n=15 de 56) todos, à exceção das administrativas. Com dor moderada (3,6% n=2 de 56) os enfermeiros e com dor intensa 1,8% (n=1 de 56) os assistentes operacionais. A média dos assistentes operacionais é de 5,27 com um desvio padrão de 3,259. Nos enfermeiros a média é de 3,88 com desvio padrão de 3,26 e nos médicos a média é de 0,14 com um desvio de 0,378.

Tabela 40.2 - Dor nos membros inferiores a meio do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
M.Inferiores	sem dor			4	7,3	12	21,8	7	12,7	23	41,8
MEIO	ligeira	1	1,8	1	1,8	9	16,4			11	20
	moderada			4	7,3	13	23,6			17	30,9
	intensa			1	1,8	2	3,6			3	5,5
	máxima			1	1,8					1	1,8
TOTAL										55	100

A meio do turno existe um agravamento das dores dos membros inferiores, apenas 41,8% (n=23 de 55) dos participantes refere não ter dor. Os médicos são os únicos a não referir dor. O valor máximo encontra-se na dor moderada (30,9%, n=17). A dor ligeira ainda a ter um valor significativo 20,0% (n=11 de 55). A média nos assistentes operacionais é de 1,45 com um desvio padrão de 2,339. Os enfermeiros registam ~~em~~ média de 0,59 com desvio padrão de 1,166 e os médicos com média de 0,14 e um desvio padrão de 0,378.

Tabela 40.3 - Dor nos membros inferiores no fim do turno – profissões

		Administrativas		Assistente Operacional		Enfermeiros		Médicos		EQUIPA	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
M.Inferiores	sem dor			2	3,9	9	17,6	6	11,8	17	33,3
FIM	ligeira					2	3,9	1	2	3	5,9
	moderada			4	7,9	9	17,6			13	25,5
	intensa	1	2	3	5,9	9	17,6			13	25,5
	máxima			2	3,9	3	5,9			5	9,8
TOTAL										51	100

No fim do turno mantém-se um agravamento na intensidade da dor nos membros inferiores em todas as categorias profissionais. Apenas 33,3% (n=17 de 51) dos participantes referem não ter dor no fim do turno. A dor moderada e intensa encontra-se com o mesmo valor 25,5% (n=13 de 51). A média nos assistentes operacionais é de 5,27 com um desvio padrão de 3,259. Nos enfermeiros 3,88 com um desvio de 3,26 e em relação aos médicos é de 0,14 com um desvio de 0,378.

Outra das variáveis cruzadas com a profissão e analisada foi o *stress*. Na tabela 40 são apresentados os resultados que passamos a analisar.

Para facilitar a análise optamos por elaborar uma tabela, embora extensa, mas que facilitará a percepção.

Após ter sido efetuada a análise global da amostra face à percepção do *stress*, importa saber de que forma a profissão influencia a percepção do indivíduo sobre a avaliação das situações de vida como *stressantes*.

Tabela 41 - Resultados da Escala Percepção do Stress – Profissões

No último mês com que frequência:	Nunca	Quase Nunca	Algumas Vezes	c/ Muita frequência	Muitas vezes
se sentiu aborrecido com algo que correu inesperadamente	0	1	2	3	4
Administrativos	0	0	2 (5,0)	0	0
Assistente Operacional	1 (50,0)	6 (26,1)	5 (12,5)	0	1 (100,0)
Enfermeiros	1 (50,0)	12 (52,2)	27 (67,5)	7 (87,5)	0
Medicos	0	5 (21,7)	6 (25,0)	1 (12,5)	0
se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes	0	1	2	3	4
Administrativos	2 (11,8)	0	0	0	0
Assistente Operacional	5 (29,4)	6 (15,4)	1 (8,3)	1 (25,0)	0
Enfermeiros	8 (47,1)	27 (69,2)	8 (66,7)	2 (50)	0
Medicos	2 (11,8)	6 (15,4)	3 (25,0)	1 (25,0)	0
se sentiu nervoso ou "stressado"	0	1	2	3	4
Administrativos	0	1 (16,6)	0	1 (2,9)	0
Assistente Operacional	0	1 (16,6)	10 (35,7)	1 (2,9)	1 (16,6)
Enfermeiros	0	4 (66,6)	14(50,0)	24(70,6)	5 (83,3)
Medicos	0	0	4 (14,3)	8 (23,5)	0
enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas	4	3	2	1	0
Administrativos	0	1 (5,3)	0	1 (7,7)	0
Assistente Operacional	1 (25,0)	5 (26,3)	5 (13,9)	2 (15,4)	0
Enfermeiros	2 (50,0)	10 (52,6)	27 (75,0)	6 (46,2)	2 (100,0)
Medicos	1 (25,0)	3 (15,8)	4 (11,1)	4 (30,8)	0
sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida	4	3	2	1	0
Administrativos	0	1 (16,7)	0	1 (5,6)	0
Assistente Operacional	0	2 (33,3)	8 (21,1)	2 (11,1)	1 (9,1)
Enfermeiros	0	2 (33,3)	24 (63,2)	14 (77,8)	7 (63,6)
Medicos	1 (100,0)	1 (16,7)	6 (15,8)	1 (5,6)	3 (27,3)
se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais	4	3	2	1	0
Administrativos	0	0	0	1 (2,9)	1 (4,8)
Assistente Operacional	0	0	5 (31,2)	7 (20,6)	1 (4,8)
Enfermeiros	0	3 (100,0)	11 (68,8)	20 (58,8)	13 (61,9)
Medicos	0	0	0	6 (17,6)	6 (28,6)
sentiu que as coisas estavam a correr como queria	4	3	2	1	0
Administrativos	1 (100,0)	0	1 (2,9)	0	0
Assistente Operacional	0	1 (25,0)	9 (25,7)	3 (11,1)	0
Enfermeiros	0	3 (75,0)	21 (60,0)	19 (70,4)	4 (57,1)
Medicos	0	0	4 (11,4)	5 (18,5)	3 (42,9)
reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer	0	1	2	3	4
Administrativos	1 (25,0)	1 (4,5)	0	0	0
Assistente Operacional	1 (25,0)	2 (9,1)	8 (22,2)	2 (22,2)	0
Enfermeiros	2 (50,0)	16 (72,7)	22 (61,1)	5 (55,6)	1 (50,0)
Medicos	0	3 (13,6)	6 (16,7)	2 (22,2)	1 (50,0)
se sentiu capaz de controlar as suas irritações	4	3	2	1	0
Administrativos	0	0	1 (4,2)	0	1 (9,1)
Assistente Operacional	0	1 (25,0)	4 (16,7)	6 (17,6)	2 (18,2)
Enfermeiros	0	3 (75,0)	13 (54,2)	23 (67,6)	7 (63,6)
Medicos	0	0	6 (25,0)	5 (14,7)	1 (9,1)
sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor	4	3	2	1	0
Administrativos	1 (100,0)	0	1 (3,0)	0	0
Assistente Operacional	0	2 (40,0)	7 (21,2)	3 (10,7)	1 (16,7)
Enfermeiros	0	3 (60,0)	21 (63,6)	18 (64,3)	4 (66,7)
Medicos	0	0	4 (12,1)	7 (25,0)	1 (16,7)
se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo	0	1	2	3	4
Administrativos	0	1 (5,0)	0	0	1 (25,0)
Assistente Operacional	3 (50,0)	3 (15,0)	6 (14,6)	1 (33,3)	0
Enfermeiros	3 (50,0)	14 (70,0)	26 (63,4)	1 (33,3)	3 (75,0)
Medicos	0	2 (10,0)	9 (22,0)	1 (33,3)	0
foi capaz de controlar o seu tempo	4	3	2	1	0
Administrativos	0	0	0	1 (2,2)	1 (10,0)
Assistente Operacional	0	0	3 (25,0)	10 (22,2)	0
Enfermeiros	0	4 (57,1)	6 (50,0)	29 (64,4)	8 (80,0)
Medicos	0	3 (42,9)	3 (25,0)	5 (11,1)	1 (10,0)
sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar	0	1	2	3	4
Administrativos	0	2 (5,4)	0	0	0
Assistente Operacional	6 (27,3)	3 (8,1)	3 (23,1)	1 (50,0)	0
Enfermeiros	14 (63,6)	25 (67,6)	8 (61,5)	0	0
Medicos	2 (9,1)	7 (18,9)	2 (15,4)	1 (50,0)	0

Em relação à forma como os diversos profissionais se sentiram no último mês, podemos concluir que “se sentiu aborrecido com algo que correu inesperadamente” os enfermeiros, que registam maiores percentagens nas categorias desde o “quase nunca” 52,2% (n=12 de 23) a “com muita frequência” 87,5% (n=7 de 8), com uma média de 1,85 e um desvio padrão de 0,691. Os assistentes operacionais (média de 1,54 com desvio padrão de 0,967) e os médicos (1,67 com um desvio de 0,651) apresentam as frequências mais elevadas em “quase nunca” e “algumas vezes”.

Quando confrontados com “se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes”, o grupo profissional dos enfermeiros apresenta a maior percentagem no “quase nunca” 69,2% (n=27 de 39, M=1,09 e DP=0,733), bem como os assistentes operacionais 26,1% (n=6 de 23, M=0,85 e DP=0,899) e os médicos 21,7% (n=5 de 23, M=1,25 e DP=0,866).

Face à questão “se sentiu nervoso ou “stressado”” os enfermeiros registam maior percentagem na classe “com muita frequência” 70,6% (n=24 de 32) e “algumas vezes” 50,0% (n=14 de 28), com uma média de 1,91 e um desvio padrão de 0,83. Os assistentes operacionais dominam a classe do “algumas vezes” 35,7% (n=10 de 28) com uma média de 1,62 e um desvio padrão de 0,733. Os médicos localizam-se todos “c/ muita frequência” 23,5% (n=8 de 32) e “algumas vezes” 14,3% (n=4 de 28) com média de 1,92 e um desvio de 0,996.

Quando interrogados sobre como “enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas” os enfermeiros situam-se com maior frequência na classe “algumas vezes” 75,0% (n=27 de 36), com média de 2,64 e desvio padrão de 0,79 distribuídos por todas as classes. Os assistentes operacionais dominam nas classes “quase nunca” e “algumas vezes”, com uma média de 2,15 e um desvio padrão de 0,689. Os médicos distribuem-se de forma semelhante entre as classes “quase nunca”, “algumas vezes” e “c/ muita frequência” apresentando uma média de 2,67 e desvio padrão de 0,492.

As respostas encontradas em relação ao indicador “sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida”, temos resultados mais elevados nos enfermeiros nas classes “algumas vezes” e “com muita frequência” (respetivamente 63,2% n=24 de 38 e 77,8% n=14 de 18), com uma média de 2,55 e um desvio padrão de 0,802. Os assistentes operacionais apresentam a sua maior representação na classe “algumas vezes” 21,1% (n=8 de 38) com uma média de 2,15 e um desvio de 0,801. Os médicos distribuem-se por todas as classes com frequência mais elevada também em “algumas vezes” 15,8% (n=6 de 38) com média de 2,33 e um desvio padrão de 1,231.

Outra questão foi “se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais”. Os enfermeiros localizam-se maioritariamente nas classes “c/ muita frequência” 68,8% (n=11 de 16) e “muitas vezes” 58,8% (n=20 de 34) mas também é a única classe que responde “quase nunca” com uma média de 2,91 e um desvio padrão de 0,88. Os assistentes operacionais estão maioritariamente nas classes “c/ muita frequência” 31,2% (n=5 de 16) e “muitas vezes” 20,6% (n=7 de 34) com uma média de 2,69 e um desvio de 0,63. Os médicos distribuem-se pelas classes “c/ muita frequência” e “muitas vezes”. De igual forma são o grupo que tem a média mais elevada (média=3,5) e um desvio padrão mais baixo (desvio-padrão=0,522).

“Sentiu que as coisas estavam a correr como queria” foi outra das questões inquiridas. Os enfermeiros situaram-se maioritariamente entre o “algumas vezes” 60,0% (n=21 de 35) e “c/ muita frequência” 70,9% (n=19 de 27) com média de 2,51 e um desvio de 0,748. Grande parte dos assistentes operacionais preenchem a classe “algumas vezes” 25,7% (n=9 de 35) com uma média de 2,15 com desvio padrão de 0,555. Os médicos distribuem-se de forma semelhante pelas diferentes categorias com uma média de 2,92 e um desvio de 0,793.

Relativamente a “reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer” os enfermeiros distribuíram-se por todas as classes situando-se a maioria no indicador “quase nunca” 72,7% (n=16 de 22) e “algumas vezes” 61,1% (n=22 de 36) com uma média de 1,72 e desvio padrão de 0,807. Os assistentes operacionais obtiveram a maior frequência na classe “algumas vezes” 22,2% (n=8 de 36) com uma média de 1,85 e um desvio padrão de 0,801. Os médicos, embora registem também a frequência mais elevada na classe “algumas vezes” têm a média (2,08) mais elevada com um desvio padrão de 0,9.

Na nona questão era solicitado que indicasse com que frequência “se sentiu capaz de controlar as suas irritações”. Nenhuma das categorias profissionais respondeu “nunca”. Os enfermeiros, mais uma vez localizaram-se maioritariamente, em “algumas vezes” 54,2% (n=13 de 24) e “c/ muita frequência” 67,6% (n=23 de 34) com média de 2,79 e desvio padrão de 0,801. Nos assistentes operacionais predominam as classes “algumas vezes” 16,7% (n=4 de 24) e “c/ muita frequência” 17,6% (n=6 de 34) com média de 2,69 e desvio padrão de 0,855. Nos médicos encontramos os mesmos resultados (“algumas vezes” 25,0% n=6 de 24 e “c/ muita frequência” 14,7% n=5 de 34,) com uma média de 2,58 e desvio padrão 0,669.

Em relação ao “sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor” a maior frequência dos enfermeiros localiza-se mais uma vez no “algumas vezes” 63,6% (n=21 de 33) e “c/

muita frequência” 64,3% (n=18 de 28), média de 2,5 e desvio padrão de 0,753. Os assistentes operacionais no indicador “algumas vezes” registam 21,2% (n=7 de 24 e “c/ muita frequência” 10,7% (n=3 de 34), com uma média de 2,223 e desvio padrão 0,832) e médicos em “algumas vezes” 12,1% (n=4 de 24) e “c/ muita frequência” 25,0% (n=7 de 34), com uma média de 2,75 e desvio padrão 0,622. Encontram-se de igual modo distribuídos maioritariamente pelas mesmas classes, embora em situação invertida nestes últimos.

Outra das questões, incidia sobre se “se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo”, os enfermeiros têm maior percentagem de representação nas classes “quase nunca” 70% (n=14 de 20) e “algumas vezes” 63,4% (n=26 de 41), com média de 1,72 e desvio padrão 0,877. Os assistentes operacionais distribuíram-se pelas classes “nunca” a “c/ muita frequência” com uma média de 1,38 e um desvio padrão de 0,961. Os médicos dominam a classe “c/ muita frequência” 33,3% (n=1 de 3) com média de 1,92 e desvio padrão de 0,515.

Perante a questão **“foi capaz de controlar o seu tempo”**, os enfermeiros dominam em todas as classes.

Confrontados com **“sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar”** os enfermeiros dominam as classes **“nunca”**, **“quase nunca”** e **“algumas vezes”**. Os médicos e assistentes operacionais dominam igualmente a classe **“c/ muita frequência”**.

Obtivemos uma média de 40,443 com um desvio padrão 3,836, a moda é 42 com mínimo de 28 e máximo de 52. Grande parte dos indivíduos da amostra localizam-se entre os 30 e 49, com exceção dos assistentes operacionais, que têm um elemento na classe 13-29 e outro na classe >50. Podemos concluir que a profissão não interfere na perceção do *stress*.

Outra variante a ser estudada foi o **“bem-estar subjectivo”** e tal como fizemos na análise, geral, subdividimos as respostas de afeto negativo, afeto positivo e satisfação com a vida.

Para identificarmos as profissões utilizamos as siglas assistentes administrativas (AA), assistentes operacionais (AO), enfermeiros (E) e médicos (M) e os valores são apresentados em percentagem. Após análise dos afetos negativos conseguimos verificar que existem diferenças significativas. Recordamos que em relação aos afetos negativos quanto mais o valor se aproximar do **“1”** melhor é o resultado.

Na tabela 40.1 são visíveis as percentagens obtidas pelas respostas dadas relacionando as respostas com a categoria profissional.

Tabela 42.1 - Resultados EBES - afetos negativos

PALAVRAS PROFISSÃO	DISCORDO PLENAMENTE				DISCORDO				NÃO SEI				CONCORDO				CONCORDO PLENAMENTE			
	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M
Aflito	3,7	13	66,7	16,7	0	30,8	46,2	23,1	0	33,3	66,7	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Alarmado	2,2	15,2	67,4	15,2	4	24	52	20	0	0	100	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Angustiado	0	9,4	75	15,6	6,7	26,7	50	16,7	0	20	60	20	0	0	100	0	-	-	-	-
Apreensivo	9,1	18,2	63,6	9,1	0	18,2	60,6	21,2	0	14,3	71,4	14,3	14,3	28,6	42,9	14,3	0	0	100	0
Preocupado	16,7	0	66,7	16,7	0	16,7	63,9	19,4	0	20	60	20	10	30	60	0	0	0	100	0
Irritado	0	19	76,2	4,8	3,2	6,5	64,5	25,8	0	37,5	43,8	18,8	25	25	50	0	-	-	-	-
Deprimido	0	13,7	66,7	19,6	6,2	25	56,2	12,5	0	50	50	0	50	0	50	0	-	-	-	-
Transtornado	1,9	18,5	61,1	18,5	7,7	23,1	53,8	15,4	0	0	100	0	-	-	-	-	-	-	-	-
Chateado	0	21,7	65,2	13	2,9	14,7	61,8	20,6	0	25	66,7	8,3	25	0	50	25	-	-	-	-
Assustado	4	18	60	18	0	16,7	72,2	11,1	0	20	60	20	-	-	-	-	-	-	-	-
Impaciente	0	16,7	77,8	5,6	0	19,4	58,3	22,2	7,1	21,4	50	21,4	25	0	75	0	0	0	100	0
Receoso	3,7	11,1	70,4	14,8	0	25,7	54,3	20	0	14,3	71,4	14,3	33,3	0	66,7	0	0	0	100	0
Desanimado	0	18,2	66,7	15,2	0	21,9	59,4	18,8	0	0	66,7	33,3	40	0	60	0	-	-	-	-
Ansioso	0	23,8	71,4	4,8	2,9	11,4	60	25,7	8,3	25	50	16,7	0	20	80	0	-	-	-	-
Indeciso	0	19,4	74,2	6,5	0	17,9	50	32,1	16,7	16,7	58,3	8,3	0	0	100	0	-	-	-	-
Abatido	0	15,4	61,5	23,1	3,8	23,1	69,2	3,8	0	25	50	25	33,3	0	33,3	33,3	0	0	100	0
Amedrontado	3,3	20	60	16,7	0	10	80	10	0	0	50	50	0	0	100	0	-	-	-	-
Aborrecido	0	21,2	66,7	12,1	3,3	20	50	26,7	11,1	0	88,9	0	0	0	100	0	-	-	-	-
Agressivo	3,4	18,6	64,4	13,6	0	22,2	55,6	22,2	0	0	50	50	0	0	66,7	33,3	-	-	-	-
Incomodado	3,4	24,1	62,1	10,3	0	11,4	65,7	22,9	16,7	16,7	50	16,7	0	33,3	66,7	0	-	-	-	-
Nervoso	0	17,9	71,4	10,7	0	12	60	28	5,9	29,4	58,8	5,9	33,3	0	33,3	33,3	-	-	-	-
Tenso	4,8	19	66,7	9,5	0	22,2	52,8	25	0	0	90,9	9,1	33,3	33,3	33,3	0	0	0	100	0
Triste	0	12,5	62,5	25	0	24	68	8	20	40	40	0	50	0	50	0	0	0	100	0
Agitado	0	9,5	73,8	16,7	12,5	31,2	43,8	12,5	0	27,3	45,5	27,3	0	25	75	0	-	-	-	-
Envergonhado	4,1	10,2	71,4	14,3	0	29,4	52,9	17,6	0	40	20	40	0	50	50	0	-	-	-	-

Em relação ao item **“aflito”**, os profissionais que obtiveram a média inferior foram os assistentes administrativos (M=1; DP=0) seguindo-se os médicos (M=1,25; DP=0,452), depois os enfermeiros (M=1,3; DP=0,628), e por fim os assistentes operacionais (M=1,62; DP=0,768). No indicador **“alarmado”** o melhor resultado foi o dos enfermeiros (M=1,37; DP=0,572), seguido dos médicos (M=1,42; DP= 0,515), depois dos assistentes operacionais (M=1,46; DP=0,519) e por fim dos administrativos (M=1,5; DP=0,707). No item **“angustiado”** a profissão que obteve melhor resultado foi a dos enfermeiros (M=1,65; DP=0,795), seguem-se os médicos (M=1,75; DP=0,754), os assistentes operacionais (M=1,92; DP= 0,641) e por fim os administrativos (M=2; DP=0). Em **“apreensivo”** foram os médicos a apresentar os melhores resultados (M=2,33; DP= 0,778), depois os enfermeiros (M=2,37; DP= 0,903), os assistentes operacionais (M=2,38; DP= 0,961) e por fim os administrativos (M= 2,5; DP=2). No item **“preocupado”** mantém-se a sequência com valores ligeiramente superiores, mas nenhum atingiu o corte “3”. No item **“irritado”** verificam-se diferenças significativas (Qui-Quadrado = 0,000, determinando uma associação perfeita) entre as categorias profissionais. O grupo profissional que apresenta o melhor resultado é dos enfermeiros (M=1,89; DP= 0,832), seguem-se os médicos (M=2,17; DP=0,577), depois os assistentes operacionais (M=2,31; DP=1,032) e por fim os administrativos (M=3; DP=1,414). Face ao indicador **“deprimido”** o grupo profissional que apresenta melhor resultado é o dos médicos

(M=1,17; DP=0,389) seguindo-se os enfermeiros (M=1,35; DP= 0,674), depois os assistentes operacionais (M=1,62; DP=0,768) e por fim as assistentes administrativas (M=3; DP=2). No item **“transtornados”** são de novo os médicos os que apresentam melhor resultado (M=1,17; DP=0,389), de seguida os assistentes operacionais (M=1,23; DP= 0,439), seguidos dos enfermeiros (M=1,41; DP=0,439) e por último os administrativos (M=1,5; DP=0,707). No indicador **“chateado”** o melhor resultado é o dos assistentes operacionais (M=1,85; DP= 0,801), seguem-se os enfermeiros (M=1,93; DP=0,827), depois os médicos (M=2; DP=0,853) e os administrativos apresentam-se em último (M=3; DP=1,414). No item **“assustado”** os administrativos são os que apresentam o melhor resultado (M=1; DP=0), seguem-se os médicos (M=1,33; DP=0,651), depois os assistentes operacionais (M=1,38; DP= 0,65) e por fim os enfermeiros (M=1,14; DP= 0,617). No item **“impaciente”** o melhor resultado pertence aos assistentes operacionais (M=2; DP=0,707), os enfermeiros situam-se em segundo lugar (M=2,04; DP=0,965), em terceiro ficam os médicos (M=2,17; DP=0,577) e em último os assistentes operacionais (M= 3,5; DP=0,707). No indicador **“receoso”** aparecem os médicos, com o melhor resultado (M=1,75, DP=0,622), seguidos dos assistentes operacionais (M=1,85; DP=0,555) dos enfermeiros (M=1,85; DP=0,942) e por fim dos administrativos (M=2,5; DP=2,121). No item **“desanimado”** temos os assistentes operacionais com o melhor resultado (M=1,54; DP=0,519) seguidos dos médicos (M=1,67; DP= 0,651), depois dos enfermeiros (M=1,7; DP=0,84) e dos administrativos (M=4; DP=0). Em **“ansioso”** os enfermeiros são os que se apresentam menos ansiosos (M=1,98; DP= 0,906), seguindo-se os assistentes operacionais (M=2; DP=1), depois os médicos (M=2,08; DP= 0,515) e os administrativos são o grupo profissional que manifesta maior ansiedade (M=2,5; DP=0,707). Em **“indeciso”** os assistentes operacionais são os mais decididos (M=1,69; DP=0,751) os enfermeiros são os que se seguem (M=1,74; DP=0,88) depois os médicos (M=1,92; DP=0,515), os administrativos são os mais indecisos (M=3; DP=0). Em **“abatido”** os melhores resultados encontraram-se nos médicos (M=1,5; DP=1), seguindo-se os assistentes operacionais (M=1,62; DP=0,65), depois os enfermeiros (M=1,63; DP=0,853) e por último os administrativos (M=3; DP=1,414). No item **“amedrontado”** o grupo profissional menos amedrontado é o dos administrativos (M=1; DP=0) seguido dos assistentes operacionais (M=1,08; DP=0,277), dos médicos (M=1; DP=0) e por último dos enfermeiros (M=1,28; DP= 0,621). Em **“aborrecido”** o grupo com melhores resultados é o ~~são~~ dos assistentes operacionais (M=1,46; DP=0,277), seguido dos médicos (M=1,67; DP=0,492), ~~a seguir~~ depois pelos enfermeiros (M=1,74; DP=0,828) e por fim os administrativos (M=2,5; DP=0,707). Em **“agressivo”** os administrativos são o grupo que regista o melhor resultado (M=1; DP=0). Os assistentes operacionais são o grupo que vem imediatamente a seguir (M=1,15; DP=0,376), seguindo-se os enfermeiros

($M=1,28$; $DP=0,72$) e por fim os médicos ($M=1,58$; $DP=0,72$). No item **“incomodado”** verificamos diferenças significativas entre os grupos profissionais (Qui-Quadrado=0,003 indicio de uma associação forte). O melhor resultado pertence aos assistentes operacionais ($M=1,69$; $DP= 0,947$), seguem-se os enfermeiros ($M=1,76$; $DP=0,766$), e em último os médicos ($M=1,83$; $DP=0,577$). No indicador **“nervoso”** os enfermeiros são os que apresentam índices mais baixos de nervosismo ($M=1,83$; $DP=0,853$), depois os médicos ($M=2$; $DP=0,853$), os assistentes operacionais ($M=2$; $DP=0,913$) e por fim os administrativos com nível elevado, acima do corte ($M=3,5$; $DP=0,707$). No item **“tenso”** verificamos que existem diferenças significativas entre os diferentes profissionais (Qui-Quadrado=0,000, indicio de associação perfeita). O melhor resultado pertence aos assistentes operacionais ($M=1,85$; $DP=0,801$), os médicos assumem o segundo lugar ($M=1,92$; $DP=0,515$), depois os enfermeiros ($M=2,09$; $DP=1,007$) e os administrativos assumem o último lugar ($M=2,5$; $DP=2,121$). Em **“triste”** também verificamos a existência de diferenças significativas (Qui-Quadro=0,001 associação muito forte). Os médicos são os que apresentam melhores resultados ($M=1,17$; $DP=0,389$), seguem-se os enfermeiros ($M=1,61$; $DP=0,856$), depois os assistentes operacionais ($M=1,77$; $DP= 0,725$) e os administrativos têm intensidade de emoções negativas ($M=3,5$; $DP=0,707$). O indicador **“agitado”** é outra das emoções negativas onde os enfermeiros obtiveram uma intensidade baixa ($M=1,57$; $DP=0,935$), seguidos dos médicos ($M=1,67$; $DP=0,888$), depois dos administrativos ($M=2$; $DP=0$) e por fim dos assistentes operacionais ($M=2,08$; $DP=,954$). Em **“envergonhado”** o grupo com melhor resultado é o dos administrativos ($M=1$; $DP=0$); a seguir os enfermeiros ($M=1,3$; $DP=0,628$) depois os médicos ($M=1,58$; $DP=0,793$) e por fim os assistentes operacionais ($M=1,92$; $DP=0,954$).

O grupo profissional que de uma forma geral obteve o melhor resultado nos afetos negativos foi o dos enfermeiros, seguidos dos médicos, depois dos assistentes operacionais. Os administrativos são os que obtiveram maior intensidade nos afectos negativos, mesmo assim ficaram abaixo do corte “3”.

Em relação aos afetos positivos podemos verificar os resultados na tabela 42.2.

Tabela 42.2 - Resultados EBES - afetos positivos

PALAVRAS PROFISSÃO	DISCORDO PLENAMENTE				DISCORDO				NÃO SEI				CONCORDO				CONCORDO PLENAMENTE			
	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M
Amável	0	0	100	0	0	0	50	50	6,2	18,8	56,2	18,8	2	17,6	64,7	15,7	0	33,3	66,7	0
Ativo	-	-	-	-	-	-	-	-	0	6,7	73,3	20	4,3	23,4	57,4	14,9	0	9,1	72,7	18,2
Agradável	-	-	-	-	0	0	50	50	5,3	15,8	73,7	5,3	2,2	17,8	62,2	17,8	0	28,6	42,9	28,6
Alegre	-	-	-	-	0	0	0	100	7,4	11,1	66,7	14,8	0	21,6	67,6	10,8	0	25	37,5	37,5
Disposto	-	-	-	-	0	0	80	20	3,6	14,3	71,4	10,7	0	28,1	53,1	18,8	12,5	0	62,5	25
Contente	-	-	-	-	33,3	0	33,3	33,3	0	18,2	69,7	12,1	3,1	18,8	59,4	18,8	0	20	60	20
Interessado	-	-	-	-	0	0	100	0	4,8	9,5	71,4	14,3	0	21,1	60,5	18,4	7,7	23,1	53,8	15,4
Atento	-	-	-	-	-	-	-	-	0	10	60	30	4,1	22,4	63,3	10,2	0	7,1	64,3	28,6
Animado	-	-	-	-	14,3	0	71,4	14,3	3,4	13,8	69	13,8	0	25,8	54,8	19,4	0	16,7	66,7	16,7
Determinado	-	-	-	-	50	0	50	0	0	12,5	62,5	25	2,3	25	63,6	9,1	0	0	63,6	36,4
Decidido	-	-	-	-	0	0	100	0	6,2	12,5	68,8	12,5	2,1	23,4	59,6	14,9	0	0	66,7	33,3
Seguro	-	-	-	-	33,3	0	66,7	0	0	33,3	55,6	11,1	2	14	66	18	0	0	0	100
Dinamico	-	-	-	-	0	0	50	50	0	15,8	68,4	15,8	4,7	20,9	62,8	11,6	0	11,1	55,6	33,3
Engajado	5,6	11,1	66,7	16,7	0	22,2	66,7	11,1	0	21,1	57,9	21,1	0	22,2	66,7	11,1	0	0	0	100
Produtivo	-	-	-	-	-	-	-	-	0	15,4	61,5	23,1	3,6	20	65,5	10,9	0	0	40	60
Entusiasmado	-	-	-	-	12,5	0	75	12,5	2,7	21,6	59,5	16,2	0	16	68	16	0	33,3	33,3	33,3
Estimulado	33,3	0	66,7	0	0	13,3	80	6,7	0	20	60	20	4,5	22,7	54,5	18,2	0	0	66,7	33,3
Bem	0	100	0	0	50	0	50	0	0	23,5	70,6	5,9	2,2	15,2	60,9	21,7	0	14,3	71,4	14,3
Empolgado	12,5	37,5	37,5	12,5	0	25	68,8	6,2	3,4	10,3	69	17,2	0	17,6	58,8	23,5	0	0	66,7	33,3
Vigoroso	0	0	50	50	0	12,5	87,5	0	3,1	21,9	65,6	9,4	3,6	17,9	57,1	21,4	0	0	33,3	66,7
Inspirado	-	-	-	-	0	20	80	0	5,3	18,4	65,8	10,5	0	19,2	53,8	26,9	0	0	66,7	33,3

Face à solicitação de “**como se tem sentido ultimamente em relação a emoções positivas**” obtivemos os seguintes resultados: “**amável**” - o grupo profissional que obteve o melhor score foi o dos assistentes operacionais (M=3,85; DP=0,555), depois os enfermeiros (M=3,74; DP=0,681), seguido dos médicos (M=3,58; DP=0,669) e por fim dos administrativos (M=3,5; DP= 0,707); “**ativo**” - dominam os administrativos (M=4; DP=0), seguidos dos assistentes operacionais (M=4; DP=0,408), depois dos enfermeiros (M=3,93; DP=0,646) e por último dos médicos (M=3,92; DP=0,669); “**agradável**” - os assistentes operacionais (M=3,92; DP=0,641) e os médicos (M=3,92; DP=0,793) obtiveram o mesmo score, depois os enfermeiros (M=3,78; DP= 0,621) e por fim os administrativos (M=3,5; DP=0,707); “**alegre**” - o grupo profissional com melhor resultado é o dos assistentes operacionais (M=3,92; DP=0,641), seguido dos médicos (M=3,75; DP=0,965), dos enfermeiros (M=3,67; DP=0,598) e por último dos administrativos (M=3; DP=0); “**disposto**” - liderado pelo grupo dos administrativos (M=4; DP=1,414), em segundo lugar encontramos os médicos (M=3,75; DP=0,866), depois os assistentes operacionais (M=3,69; DP=0,48) e por fim os enfermeiros (M=3,5; DP=0,81); “**contente**” - o resultado mais elevado foi obtido nos assistentes operacionais (M=3,62; DP=0,65); os médicos ficaram imediatamente a seguir (M=3,58; DP=0,793), depois os enfermeiros (M=3,52; DP=0,658) e os administrativos foram o grupo profissional que apresentou o resultado mais baixo (M=3; DP=1,414); “**interessado**” - o grupo que se identificou como mais interessado foi o dos assistentes operacionais (M=4,08; DP=0,641). A seguir os administrativos (M=4; DP=1,414), depois os médicos (M=3,92; DP=0,669) e por fim os

enfermeiros ($M=3,78$; $DP=0,728$); **“atento”** - todos os profissionais apresentam resultados na classe dos “4”. Os médicos são os que lideram ($M=4,08$; $DP=0,793$), seguindo-se os enfermeiros ($M=4,07$; $DP=0,574$). Os assistentes operacionais ($M=4$; $DP=0,408$) e os administrativos ($M=4$; $DP=0$) apresentam o mesmo resultado; **“animado”** - os assistentes operacionais ($M=3,77$; $DP=0,599$) obtiveram o melhor resultado. Seguiram-se os médicos ($M=3,58$; $DP=0,807$), depois os enfermeiros ($M=3,43$; $DP=0,807$) e os administrativos ($M=2,5$; $DP=0,707$) apresentaram a classificação mais baixa; **“determinado”** - a classificação mais elevada encontra-se nos médicos ($M=4$; $DP=0,853$). A seguir temos os enfermeiros ($M=3,89$; $DP=0,674$), os assistentes operacionais ($M=3,85$; $DP=0,376$) e os administrativos ($M=3$; $DP=1,414$). Encontramos uma diferença significativa entre os grupos profissionais (Qui-Quadrado=0,033, relação forte); **“decidido”** - os médicos ($M=4,08$; $DP=0,669$) são os que registam pontuação mais elevada. Os assistentes operacionais ($M=3,85$; $DP=0,376$) e os enfermeiros ($M=3,85$; $DP=0,666$) tiveram a mesma classificação. Os administrativos apresentaram o resultado mais baixo ($M=3,5$; $DP=3,5$); **“seguro”** - os médicos ($M=3,92$; $DP=0,515$) são o grupo que tem o score mais elevado, seguindo-se os enfermeiros ($M=3,69$; $DP=0,557$), os assistentes operacionais ($M=3,54$; $DP=0,519$) e os administrativos ($M=3$; $DP=1,414$); **“dinâmico”** - são os administrativos ($M=4$; $DP=0$) os que se sentem mais dinâmicos, seguindo-se os assistentes operacionais ($M=3,85$; $DP=0,555$), os médicos ($M=3,83$; $DP=0,937$) e os enfermeiros ($M=3,78$; $DP=0,664$); **“engajado”** - nos afetos positivos este é o item que obteve a pontuação mais baixa e com mais *missing's*. Admitimos ter havido dificuldade em interpretar o termo. Os assistentes operacionais ($M=2,83$; $DP=1,115$) têm o melhor resultado, seguindo-se o grupo dos médicos ($M=2,73$; $DP=1,348$), dos enfermeiros ($M=2,56$; $DP=1,205$) e dos administrativos ($M=1$; $DP=0$); **“produtivo”** - administrativos ($M=4$; $DP=0,739$) e médicos ($M=4$; $D=0$) ficam com o mesmo score, seguindo-se os enfermeiros ($M=3,87$; $DP=0,453$) e os assistentes operacionais ($M=3,85$; $DP=0,376$); **“entusiasmado”** - o grupo profissional que se encontra mais entusiasmado é o dos assistentes operacionais ($M=3,46$; $DP=0,66$) a seguido dos médicos ($M=3,42$; $DP=0,793$), dos enfermeiros ($M=3,28$; $DP=0,72$) e dos administrativos ($M=2,5$; $DP=0,707$); **“estimulado”** - lideram os médicos ($M=3,42$ $DP=0,793$) depois os assistentes operacionais ($M=3,23$; $DP=0,725$), os enfermeiros ($M=3$; $DP=0,943$) e os administrativos ($M=2,5$; $DP=2,121$); **“bem”** - neste item verificamos existirem diferenças significativas entre os diferentes profissionais (Qui-Quadrado=0,000, indicio de associação perfeita). Os médicos ($M=4$; $DP=0,426$) obtiveram os melhores resultados, os enfermeiros ($M=3,8$; $DP=0,654$) vêm a seguir, depois os assistentes operacionais ($M=3,54$; $DP=3,54$) e por fim os administrativos ($M=3$; $DP=1,414$); **“empolgado”** - os médicos ($M=3,25$; $DP=1,055$) em relação a este item foram os que apresentaram

resultados mais elevados, seguindo-se os enfermeiros (M=2,93; DP=0,952) depois os assistentes operacionais (M=2,46; DP=1,127) e por último os administrativos (M=2; DP=1,414); **“vigoroso”** - os médicos (M=3,67; DP=1,073) apresentam índice de vigor mais elevado, depois os administrativos (M=3,5; DP= 0,707), os assistentes operacionais (M=3,31; DP=0,63) e por último os enfermeiros (M=3,2; DP=0,806); **“inspirado”** - os médicos (M=3,75; DP=0,622) foram o grupo profissional que apresentou o resultado mais elevado. Os enfermeiros (M=3,31; DP=0,701) e assistentes operacionais (M=3,31; DP=0,63), obtiveram o mesmo resultado e por fim os administrativos (M=3; DP=0).

Em resumo, podemos concluir que o grupo profissional que melhores resultados obtidos nos afetos positivos foi o dos médicos. Depois seguem-se o grupo dos assistentes operacionais, dos enfermeiros, tendo os administrativos o score mais baixo. Devemos referir que nenhum grupo profissional se posicionou com resultado inferior a “3”.

A tabela 42.3 traduz os resultados obtidos, em percentagem, da correlação dos resultados obtidos sobre **“satisfação com a vida”** e a profissão.

Tabela 42.3 - Resultados EBES - satisfação com a vida

DISCORDO PLENAMENTE				DISCORDO				NÃO SEI				CONCORDO				CONCORDO PLENAMENTE			
AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M	AA	AO	E	M
Estou satisfeito com a minha vida																			
-	-	-	-	0	66,7	33,3	0	8,7	34,8	47,8	8,7	0	9,1	78,8	12,1	0	0	57,1	42,9
Tenho aproveitado as oportunidades da vida																			
50	0	50	0	0	50	50	0	0	25	70	5	2,9	17,6	64,7	14,7	0	6,7	53,3	40
Avalio minha vida de forma positiva.																			
50	0	50	0	-	-	-	-	0	41,7	58,3	0	2,8	16,7	66,7	13,9	0	8,7	60,9	30,4
Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida																			
0	14,3	60,7	25	0	10,5	68,4	21,1	6,2	31,2	56,2	6,2	12,5	25	62,5	0	0	0	100	0
Mudaria meu passado se eu pudesse																			
3,8	15,4	50	30,8	4,5	13,6	72,7	9,1	0	25	58,3	16,7	0	22,2	77,8	0	0	25	75	0
Tenho conseguido tudo o que esperava da vida																			
100	0	0	0	0	33,3	33,3	33,3	0	18,8	75	6,2	3,3	20	60	16,7	0	0	33,3	66,7
A minha vida está de acordo com o que desejo para mim																			
100	0	0	0	0	25	75	0	3,7	22,2	63	11,1	0	16,7	66,7	16,7	0	0	42,9	57,1
Gosto da minha vida																			
-	-	-	-	33,3	0	66,7	0	10	40	0,3	20	0	20,5	66,7	12,8	0	4,8	71,4	23,8
Minha vida está ruim																			
0	14,3	65,3	20,4	6,2	18,8	62,5	12,5	0	50	50	0	-	-	-	-	100	0	0	0
Estou insatisfeito com minha vida																			
0	11,1	75,6	13,3	5,9	23,5	47,1	23,5	0	50	37,5	12,5	50	0	0	50	0	0	100	0
Minha vida poderia estar melhor																			
0	25	25	50	4	12	68	16	0	14,8	74,1	11,1	0	35,7	42,9	21,4	33,3	0	66,7	0
Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida																			
0	8,7	67,4	23,9	0	35,3	64,7	0	16,7	50	16,7	16,7	0	0	100	0	100	0	0	0
A minha vida é “sem graça”																			
0	12,5	66,1	21,4	0	33,3	66,7	0	14,3	42,9	42,9	0	-	-	-	-	100	0	0	0
Minhas condições de vida são muito boas																			
16,7	50	33,3	0	0	40	50	10	3,3	13,3	73,3	10	0	9,1	72,7	18,2	0	0	20	80
Considero-me uma pessoa feliz																			
-	-	-	-	0	0	100	0	10,5	42,1	36,8	10,5	0	12,5	75	12,5	0	0	61,5	38,5

Quando inquiridos sobre de que forma se situam face a **“estou satisfeito com a minha vida”** percebemos que os médicos ($M=4,33$; $DP=0,778$) são o grupo profissional que se mostra mais satisfeito com a vida, seguindo-se os enfermeiros ($M=3,89$; $DP=0,706$), depois os assistentes operacionais ($M=3,08$; $DP=0,641$) e por último os administrativos ($M=3$; $DP=0$). Através do teste de *Pearson* verificamos que existe uma ligação muito forte entre a profissão e o resultado ($Qui\text{-}Quadrado=0,005$); **“tenho aproveitado as oportunidades de vida”** - de novo são os médicos ($M=4,42$; $DP=0,669$) que lideram a resposta, depois os enfermeiros ($M=3,76$; $DP=0,848$), os assistentes operacionais ($M=3,54$; $DP=0,776$) e por fim os administrativos ($M=2,5$; $DP=2,121$). Também neste item encontramos diferenças significativas entre os grupos profissionais ($Qui\text{-}Quadrado=0,050$ associação forte); **“avalio minha vida de forma positiva”** - neste indicador os médicos ($M=4,58$; $DP=0,812$) avaliam a sua vida de forma positiva entre “o concordo” e o “concordo plenamente”, os enfermeiros ($M=4,09$; $DP=0,812$) desde “discordo plenamente” e “concordo plenamente”, os assistentes operacionais ($M=3,77$; $DP=0,725$) localizaram as suas respostas entre o “não sei” e “concordo plenamente”, os administrativos ($M=2,5$; $DP=2,121$) entre “discordo plenamente” e “concordo”. Encontramos mais uma vez diferenças significativas entre as profissões ($Qui\text{-}Quadrado=0,007$ indício de uma associação muito forte); **“sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida”** - os médicos localizaram as suas respostas entre “discordo plenamente” e “não sei” ($M=1,5$; $DP=0,674$), os enfermeiros “discordo plenamente” e “concordo plenamente” ($M=2,11$; $DP=1,112$), os assistentes operacionais “discordo plenamente” e “concordo” ($M=2,38$; $DP=1,121$), os administrativos “não sei” e “concordo” ($M=3,5$; $DP=0,707$); **“mudaria meu passado se pudesse”** - os médicos localizaram as suas respostas em “discordo plenamente” e “não sei” ($M=1,5$; $DP=0,798$), os enfermeiros “discordo plenamente” e “concordo plenamente” ($M=2,37$; $DP=1,236$), os assistentes operacionais “discordo plenamente” e “concordo plenamente” ($M=2,46$; $DP=1,33$) e os administrativos “discordo plenamente” e “discordo” ($M=1,5$; $DP=0,707$); **“tenho conseguido tudo o que esperava da vida”** - os médicos responderam entre o intervalo “discordo” e “concordo plenamente” ($M=4$; $DP=0,953$), os enfermeiros “discordo” e “concordo plenamente” ($M=3,47$; $DP=0,625$), os assistentes operacionais “discordo” e “concordo” ($M=3,38$; $DP=0,65$), os administrativos “discordo plenamente” e “concordo” ($M=2,5$; $DP=2,121$). Na presença dos resultados e com o teste de *Pearson*, encontramos diferenças significativas entre os grupos profissionais ($Qui\text{-}Quadrado=0,000$, indício de uma associação perfeita). No critério **“a minha vida está de acordo com o que desejo para mim”** - as respostas foram localizadas, nos médicos entre “não sei” e “concordo plenamente” ($M=4,08$; $DP=0,793$), nos enfermeiros entre “discordo” e “concordo plenamente” ($M=3,43$; $DP=0,807$), nos assistentes operacionais

variaram entre “discordo” e “concordo” ($M=3,23$; $DP=0,725$), nos administrativos “discordo plenamente” e “não sei” ($M=2$; $DP=1,414$). Também neste item encontramos diferenças significativas (Qui-Quadrado=0,000, indício de uma associação perfeita); **“gosto da minha vida”** - foram de novo os médicos ($M=4,25$; $DP=0,754$) que obtiveram a melhor pontuação e situaram respostas entre “não sei” e “concordo plenamente”, os enfermeiros ($M=4,17$; $DP=0,739$) entre “discordo” e “concordo plenamente”, os assistentes operacionais ($M=3,77$; $DP=0,599$) localizaram as suas respostas entre “não sei” e “concordo plenamente” e os administrativos ($M=2,5$; $DP=0,707$) entre “discordo” e “não sei”. As diferenças encontradas neste item também demonstraram algumas diferenças (Qui-Quadrado=0,037, associação muito forte); **“minha vida está ruim”** - o melhor resultado pertence ao grupo dos médicos ($M=1,17$; $DP=0,389$) com respostas entre “discordo plenamente” e “discordo”, os enfermeiros ($M=1,36$; $DP=0,609$) entre “discordo plenamente” e “não sei”, os assistentes operacionais ($M=1,69$; $DP=0,855$) entre “discordo plenamente” e “não sei” e os administrativos ($M=3,5$; $DP=2,121$) entre “discordo” e “concordo plenamente”. De acordo com o teste de *Pearson* existem diferenças significativas (Qui-Quadrado=0,000, associação perfeita); **“estou satisfeito com a minha vida”** – aqui temos os administrativos ($M=3$; $DP=1,414$) que situaram as suas respostas entre “discordo” e “concordo”, os assistentes operacionais ($M=1,92$; $DP=0,862$) entre “discordo plenamente” e “não sei”, os médicos ($M=1,75$; $DP=0,965$) entre “discordo plenamente” e “concordo”, os enfermeiros ($M=1,39$; $DP=0,802$) entre “discordo plenamente” e “concordo plenamente”. Neste item também foram encontradas diferenças significativas (Qui-Quadrado=0,006, associação muito forte); **“minha vida poderia estar melhor”** - é no grupo dos médicos ($M=2,58$; $DP=1,084$) que encontramos os melhores resultados, situados entre “discordo plenamente” e “concordo”, depois os enfermeiros ($M=2,8$; $DP=0,859$) entre “discordo plenamente” e “concordo plenamente”, os assistentes operacionais ($M=3$; $DP=1$) entre “discordo plenamente” e “concordo” e os administrativos ($M=3,5$; $DP=2,121$) situam-se entre “discordo” e “concordo plenamente”. Também neste item existem diferenças significativas (Qui-Quadrado=0,029, associação muito forte); **“tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida”** - os médicos ($M=1,17$; $DP=0,577$) tiveram os melhores registos com respostas entre “discordo plenamente” e “não sei”, os enfermeiros ($M=1,48$; $DP=0,836$) entre “discordo plenamente” e “concordo”, os assistentes operacionais ($M=1,92$; $DP=0,76$) assinalaram “discordo plenamente” e “não sei” e os administrativos ($M=4$; $DP=1,414$) entre “não sei” e “concordo plenamente”, também com diferenças muito significativas (Qui-Quadrado=0,000, associação perfeita); **“minha vida é ‘sem graça’”** – todos os médicos ($M=1$; $DP=0$) registam respostas localizadas em “discordo plenamente”, os enfermeiros ($M=1,26$; $DP=0,575$) entre “discordo plenamente” e “não sei”, os assistentes operacionais ($M=1,69$;

DP=0,855) entre “discordo plenamente” e “não sei”, os administrativos (M=4; DP=1,414) entre “não sei” e “concordo plenamente”, sendo este outro item onde se encontram diferenças muito significativas (Qui-Quadrado=0,000, associação perfeita); **“minhas condições de vida são muito boas”** - médicos (M=3,92; DP=0,996) entre “discordo” e “concordo plenamente”, enfermeiros (M=3,2; DP=0,833) entre “discordo plenamente” e “concordo plenamente”, os assistentes operacionais (M=2,38; DP= 1,044) entre “discordo plenamente” e “concordo” e os administrativos (M=2; DP=1,414) a registarem respostas entre “discordo plenamente” e “não sei”; mais um item onde se encontram diferenças significativas (Qui-Quadrado=0,001, associação muito forte); **“considero-me uma pessoa feliz”** - os médicos (M=4,25; DP=0,754) consideram-se entre “não sei” e “concordo plenamente”, os enfermeiros (M=3,98; DP=0,649) variam entre “discordo” e “concordo plenamente”, os assistentes operacionais (M=3,38; DP=0,505) entre “não sei” e “concordo” e os administrativos (M=3; DP=0) só responderam “não sei”. Também neste item estamos perante diferenças significativas (Qui-Quadrado=0,009, associação muito forte).

De uma forma geral e em relação à satisfação com a vida encontramos todas as categorias profissionais com registos inferiores a “3”.

3 – DISCUSSÃO DOS DADOS

A discussão dos dados implica a interpretação dos resultados face aos problemas levantados. Deve ser efetuada uma análise crítica, comparando os resultados obtidos e o que está descrito em estudos anteriores (Fortin, 2009).

No início da apresentação, os resultados referem-se à caracterização da amostra. Aqui verificamos que 59% (n=47 de 74) são enfermeiros, seguindo-se os 21% (n=13 de 74) de assistentes operacionais, 18% (n=12 de 74) de médicos e 2% (n=2 de 74) de pessoal administrativo.

Em relação ao género, a amostra é maioritariamente feminina com 63,5% (n=47 de 74) facto que se explica pelos seguintes motivos: O grupo profissional com maior frequência é o dos enfermeiros (82,5%, n=47 de 74); Por razões sociológicas históricas a enfermagem ainda constituída maioritariamente por mulheres (Dias, 2005); os dados estatísticos da Ordem dos Enfermeiros 2013, evidencia que 81,7% (n=53814 de 65872) é do género feminino.

Embora a maior frequência das idades se registre na faixa etária entre os 41 e os 50 anos (32,4%, n=23 de 74) 57,7% da amostra correspondente a n=41 de 74, tem idade inferior a 40 anos.

De acordo com o Inventário de Pessoal do Setor da Saúde 2013, publicado em agosto de 2014 em relação ao pessoal de enfermagem, a faixa etária dos 30 aos 39 anos apresenta maior frequência a nível institucional e também a nível nacional. Na Instituição esta faixa representa 51,1% (1057 num total de 2067) dos enfermeiros e a nível nacional 29,2% (11549 num total de 39509).

No Plano Nacional de Saúde e de acordo com a faixa etária laboral, a atenção deverá ser direcionada sobretudo para os profissionais da área da saúde. Devem ser adotadas políticas locais de promoção de saúde dos trabalhadores. Na revisão e extensão do Plano Nacional de Saúde (2012-2016) para 2020, os enfoques principais viram-se para a saúde e bem-estar. O aumento da longevidade reduzindo a mortalidade prematura (antes dos 75 anos) e o aumento da esperança de vida saudável (>65 anos) são metas a atingir.

O tempo de serviço está de acordo com a faixa etária, pois 76,8% (n=53 de 74) tem menos de 20 anos de serviço. De acordo com a legislação laboral e considerando a atual idade de reforma, esta população está aproximadamente a um terço da sua aposentação.

A carga horária aumentou para 40 horas semanais, incluindo o horário rotativo (68,1%, n=49 de 74). De acordo com Paiva e Penzel (2011), a consequência da irregularidade de horários por turno, provoca alterações do ciclo do sono passando por aumento do *stress*, fadiga, sonolência, insónia, esgotamento e depressão. O aumento da carga horária referida, agrava o risco, o que justifica por si só, a adoção de políticas de prevenção de risco ergonómico.

Em relação ao género e à idade, face aos resultados obtidos, percebe-se que de forma geral a amostra representa a realidade nacional a nível do setor da saúde.

Uma das questões levantadas no início do estudo foi a de tentar perceber se os trabalhadores do serviço da neurocirurgia apresentam índices de bem-estar elevados. Considerando as respostas da amostra no intervalo de 1 a 5, de acordo com Silva e Heleno (2012), quanto mais elevado for o resultado, considerando o ponto médio “3”, mais os profissionais em relação aos afetos positivos e satisfação com a vida, apresentam melhor bem-estar subjetivo. Em relação aos afetos negativos é o inverso, quanto mais baixo for o resultado, melhor é bem-estar subjetivo. Nos afetos positivos obtivemos respostas válidas de 63 elementos da amostra, com $M=3,5752$ e um $DP=0,45105$. Nos afetos negativos (n=71) tivemos uma $M=1,7979$ e um $DP=0,49485$. Na

satisfação com a vida, verificamos a existência de uma $M=2,8583$ e um $DP=0,27679$. Podemos considerar que a amostra apresenta bons resultados em relação aos afetos, mas em relação à satisfação com a vida, o resultado é inferior à média.

Tabela 43 - Índices geral de Bem-Estar Subjectivo

	N	Minimo	Maximo	Media	Desvio Padrão
Afeto positivo	63	2,43	4,9	3,5752	0,45105
Afeto negativo	71	1,12	3,69	1,7979	0,49485
Satisfação	72	1,93	3,47	2,8583	0,27679
Bem-estar	62	2,19	3,48	2,6498	0,2606
Validos	62				

Relativamente ao bem-estar subjetivo e perante os resultados, conseguimos aferir que o este não depende da profissão, o que está de acordo com os estudos efetuados (Albuquerque et Troccoli, 2004).

O bem-estar subjetivo consiste numa avaliação individual sobre a sua satisfação de vida referente a emoções positivas e negativas.

Em relação aos riscos ergonómicos, com o estudo efetuado, conseguimos verificar que de acordo com o questionário Bipolar, os trabalhadores da neurocirurgia apresentam riscos significativos. No início do turno encontramos bons resultados, embora se vá registando um agravamento ao longo do dia, evidenciando que o trabalho produz efeito em quase todos os itens, sendo a produtividade, as dores de costas, lombares e cansaço os que mais se alteram. Pode-se assim inferir que trabalhar no serviço de neurocirurgia implica risco ergonómico.

A dor teve especial atenção neste estudo, tendo sido dada liberdade aos participantes para identificarem os locais onde se localiza a dor e qual a sua intensidade.

Os resultados obtidos vão de encontro a vários estudos. O Programa Nacional Contra Doenças Reumáticas da DGS (2008) caracteriza a síndrome de dor crónica ligada às dores de ombro, pescoço, joelhos e coluna vertebral, entre outros, como lesões musculoesqueléticas ligadas ao trabalho.

Os participantes no estudo, revelam dores localizadas nos seus processos de trabalho, com um aumento do número de queixas ao longo do turno, particularmente no que se refere às dores nos membros inferiores (66,6%) e lombares (52,8%). Em Portugal

existem poucos registos sobre a prevalência das lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho. As organizações responsáveis da Segurança Social e as Seguradoras, não dispõem destes registos tratados de forma sistemática. Na área dos profissionais de saúde, estes dados são ainda mais escassos. O estudo efetuado por Coelho (2009), sobre os profissionais de enfermagem, revela elevada sintomatologia na região lombar (59%), cervical (41%) e dorsal (37%). Em relação às dores dos membros inferiores não foram encontrados registos desse tipo de lesão específica, sendo apenas referenciadas as tendinites dos membros inferiores num estudo efetuado em várias empresas da área industrial (Miranda, Carnide et Lopes 2010).

Tentamos perceber se as dores estavam relacionadas com a atividade profissional e verificamos que no final do turno eram os assistentes operacionais que tinham uma média mais elevada, seguindo-se os administrativos, depois os enfermeiros e por fim os médicos. Não temos estudos de referência para que nos permita comparar a influência da atividade profissional na área da saúde com os resultados obtidos.

Quando confrontados com os resultados, tentamos perceber se os trabalhadores do serviço de neurocirurgia apresentam índices de *stress* elevados no dia-a-dia. Podemos concluir que os trabalhadores do serviço de neurocirurgia apresentam valores “controlados” de *stress*. Os profissionais que apresentam índice médio mais elevado são os médicos. O valor máximo e mínimo está presente nos assistentes operacionais.

O estudo pretende despertar o interesse da investigação nesta área. A Ciência de Enfermagem tem vindo a evoluir na área da saúde ocupacional, embora seja na indústria que ela está mais desenvolvida. É crescente a necessidade de se evoluir numa saúde ocupacional de promoção da saúde não se ficando somente pela prevenção da doença.

A identificação de doenças profissionais, suas causas e a forma como se pode proporcionar um ambiente laboral saudável, deve constituir uma prioridade de estudo. A atividade laboral na área da saúde apresenta vários riscos ergonómicos para os seus trabalhadores. A qualidade de vida e adoção de hábitos saudáveis, devem constituir uma preocupação geral da população.

Este estudo pretende constituir uma base, cujo desenvolvimento possa vir a ser um contributo significativo para que as metas a que o Plano Nacional de Saúde se propõe através da sua extensão até 2020, sejam atingidas. No que se refere à saúde ocupacional, reitera-se a necessidade de elaborar planos de ginástica laboral, dirigidos e destinados aos trabalhadores da área da saúde.

4 - CONCLUSÃO

A saúde dos trabalhadores é um valor acrescentado no trabalho. Reforça a necessária resiliência na resistência às cargas físicas e psicológicas que advêm dos processos de trabalho. É por isso uma fonte de recursos a gerir pelas chefias nos diferentes níveis de decisão. Muitas vezes os gestores vêem-se limitados na sua gestão corrente por condicionalismos relativos à saúde e às características individuais dos trabalhadores.

Terminado este percurso reflexivo e de pesquisa, reiteramos a necessidade de dar maior relevo à saúde ocupacional nos locais de trabalho. Sustentamos a ideia de que deve ser alterado o modelo em uso, nomeadamente nos serviços de saúde, onde as unidades de saúde ocupacional investem na prevenção das doenças, em contra ponto com a promoção da saúde e os riscos ergonómicos a que os profissionais estão expostos. O processo de promoção da saúde, deve centrar-se nas características individuais dos trabalhadores e especificidades do posto de trabalho.

O resultado deste estudo foi a análise da realidade num determinado contexto de trabalho, vivenciado por um grupo de pessoas que tinham em comum desenvolverem a sua atividade num serviço inserido numa Instituição de saúde, pelo que não será aconselhável generalizar as conclusões.

Através da aplicação de um questionário, tentamos perceber de que forma os profissionais do serviço de neurocirurgia percecionam o seu bem-estar e de que forma o trabalho interfere nesta vertente, nomeadamente no que se refere à dor. Verificamos existir algumas diferenças entre os grupos profissionais considerados, o que nos leva a defender um programa de intervenção multidisciplinar e organizado de acordo com os resultados e os princípios teóricos.

Fizemos o diagnóstico das características socio-demográficas e psicométricas dos profissionais, constatando que o maior grupo profissional é constituído pelos enfermeiros, seguido dos assistentes operacionais e dos médicos, sendo que a média de idades mais elevada é dos assistentes operacionais, os médicos são os que têm maior altura e os enfermeiros registam menor índice de massa corporal. O género dominante é o feminino. Estes dados são um suporte para gestão diária em geral e para a distribuição de trabalho em particular aos vários grupos profissionais.

Verificou-se que os índices de bem-estar são baixos e este resultado valida a necessidade de intervenção nesta área. O *stress* mostra-se em geral controlado, vindo a perceber-se que os médicos se encontram num nível mais elevado. A dor apresenta-se com índices elevados, agravada ao longo do turno, pelo que justifica a elaboração de um

programa centrado nos exercícios com enfoque na coluna e membros inferiores. Sugere-se ainda que a concepção de um programa contínuo de exercícios em meio laboral, seja validada por um estudo posterior.

Os trabalhadores enfrentam riscos ergonômicos diferentes de acordo com as tarefas que desempenham no serviço, evidenciando-se variações particularmente da dor, ao longo dos turnos.

Terminada esta fase, apercebemo-nos que estamos no início de uma longa caminhada. A partir dos dados obtidos, poderemos planejar e fazer estudos complementares explorando a informação recolhida de forma diversa, em linha com os objetivos aí definidos.

Este estudo pode ser relevante na orientação de novas teses, alargando o conhecimento na promoção da saúde vocacionada para os profissionais da área da saúde e dentro destes, adequar programas específicos, de acordo com a sua atividade e com o tipo de lesões mais frequentes.

É necessário prosseguir com a identificação de fatores indutores de lesão, independentemente da sua natureza. A carga horária de trabalho aumentou e a idade da reforma também. Manter uma sociedade ativa saudável e melhorar a sua qualidade de vida contribui definitivamente para melhorar a economia e produtividade do País.

BIBLIOGRAFIA

Administração Central do Sistema de Saúde, IP (2014). *Inventário de Pessoal do Setor da Saúde, 2013* (2014). [Online], [consult.03.Ago.2015]. Disponível em <<http://www.acss.min-saude.pt/Portals/0/Inventário%20dos%20profissionais%20do%20Setor%20da%20Saúde%20 Final.pdf>>

Albuquerque, A.S. & Troccoli, B.T. (2004). *Desenvolvimento de uma escala de bem-estar subjetivo*. Psicologia: teoria e pesquisa. [Online]. Vol. 20, n.º 2, p. 153-164 [consult. 21.Jan.2015]. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/ptp/v20n2/a08v20n2>>

Alexandre, N. M. C. (1998). Ergonomic aspects of the hospital working environment and equipment. *Revista latino-americana de enfermagem* [Online] 6(4), 103-109. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11691998000400013

Ando, S., Ono, Y., Shimaoka, M., Hiruta, S., Hattori, Y., Hori, F., & Takeuchi, Y. (2000). *Associations of self estimated workloads with musculoskeletal symptoms among hospital nurses. Occupational and environmental medicine*, [Online] 57(3), 211-216. [consult.05. Set.2015]. Disponível em <http://oem.bmj.com/content/57/3/211.full.pdf+html>

Antunes, R.J.C.D.C. (2009). *Enfermagem do trabalho: contributo do enfermeiro para a saúde do trabalho*. [Online], [consult.03.Ago.2015]. Disponível em https://eq.sib.uc.pt/jspui/bitstream/10316/13501/1/Tese_mestrado_Ricardo%20Antunes.pdf

Cabral, F.A. & Roxo, M.M. (2004). *Segurança e saúde do trabalho: legislação anotada*. (3ª ed). Coimbra: Almedina.

Castro, M.R.D., & Farias, S.N.P.D. (2008). *A produção científica sobre riscos ocupacionais a que estão expostos os trabalhadores de enfermagem*. Esc Anna Nery, [Online] 12(2), 364-9. [consult.22.Jul.2015] Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a26.pdf>

Chiavenato, I. (2009). *Gestão de pessoas: o novo papel dos recursos humanos nas organizações*. (13ª ed.). Rio de Janeiro: Campus

Craig, J.V. & Smyth, R.L. (2004). *Prática baseada na evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.

Cullum, N., Ciliska, D., Haynes, R.B. & Marks, S. (2010). *Enfermagem baseada na evidência: uma introdução*. Porto Alegre: Artmed.

de Oliveira, J.R.G. (2007). *A importância da ginástica laboral na prevenção de doenças ocupacionais*. Revista de Educação Física. [Online] 139, 40-49. [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.ergonomianotrabalho.com.br/ginastica-labora-prevencao.pdf>

Deliberato, P.C.P. (2002). *Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações*. Brasil, Manole

Fernandes, A.A., & Botelho, M.A. (2007). *Envelhecer activo, envelhecer saudável: o grande desafio*. In *Fórum Sociológico* [Online] (Vol. 17, pp. 11-16). [consult.20.Jun.2015] Disponível em http://ead.ipleiria.pt/ucs201415/pluginfile.php/189147/mod_resource/content/1/FS17-Art.1_Env_Activo.pdf

Freitas, L.C. (2011). *Segurança e saúde do trabalho: Incluindo guia de legislação*. (2ª ed.). Lisboa, Silabo Lda

Freixo, M.J.V. (2011). *Metodologia Científica: fundamentos, métodos e técnicas*. (3ª ed). Lisboa: Instituto Piaget

Fortin, M-F., Côte, J. & Fillion, F. (2009). *Fundamento e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Fortin, M-F. (2003). *O processo de investigação: da concepção à realização*. (3ª ed). Camarate: Lusociência.

Galinha, I. C., & Ribeiro, J. L. P. (2005). *História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo*. *Psicologia, Saúde e Doenças*. [Online] p.203-214 [consult.21.Jan.2015]. Disponível em [http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1060/1/PSD%202005%206\(2\)%20203-214.pdf](http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1060/1/PSD%202005%206(2)%20203-214.pdf)

Giacomoni, C. H. (2004). *Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. Temas em Psicologia*, [Online] 12(1), 43-50. [consult.20.Jun.201]. Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/tp/v12n1/v12n1a05.pdf>

Gil, A. P. (2007). *Envelhecimento ativo: complementaridades e contradições. In Fórum Sociológico*. [Online] Vol. 17, pp. 25-36. [consult.20.jun.2015]. Disponível em <http://forumsociologico.fcsh.unl.pt/PDF/FS17-Art.3.pdf>

Haeser, L. D. M., Büchele, F., & Brzozowski, F. S. (2012). *Considerações sobre a autonomia e a promoção da saúde. Physis (Rio J.)*, [Online], 22(2), 605-620. [consult. 20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n2/11.pdf>

Direcção-Geral da Saude (2008) Programa Nacional Contra as Doenças Reumáticas: Lesões Musculoesqueleticas Relacionadas com o Trabalho [online], [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/A0E84C50-754C-4F85-9DA5-97084428954E/0/lesoesmusculoesqueleticas.pdf>

Heidmann, I. T. S. B., Almeida, M. C. P. D., Boehs, A. E., Wosny, A. D. M., & Monticelli, M. (2006). *Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. Texto Contexto Enferm*, [Online], 15(2), 352-8, [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.scielo.org/pdf/tce/v15n2/a20v15n2.pdf>

Lucas, A.J. (2004). *O processo de enfermagem do trabalho: a sistematização da assistência de enfermagem em saúde ocupacional*. São Paulo: látria

Martins, G. D. C., & Barreto, S. M. G. (2007). *Vivências de ginástica laboral e melhoria da qualidade de vida do trabalhador: resultados apresentados por funcionários administrativos do instituto de física da Universidade de São Paulo (Campus São Carlos). Motriz rev. educ. fís.(Impr.)*, [Online], 13(3), 214-224, [consult. 20.Jun.2015]. Disponível em <http://t.r4.com.br/imagens/arquivos/104/VIVENCIA%20DA%20GINASTICA%20LABORAL.pdf>

Lima, D. G. (2004). *Ginástica Laboral. Metodologia de implementação de programas com abordagem ergonômica*. São Paulo, Editora Fontoura.

Longen, W. C. (2003). *Ginástica laboral na prevenção de LER/DORT? Um estudo reflexivo em uma linha de produção* (Doctoral dissertation, Universidade Federal de Santa Catarina). [Online], [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.personalrobson.com.br/uploads/preven%C3%A7%C3%A3o%20da%20ler%20e%20dort%20com%20laboral.pdf>

Lopes, M.D.S.V., Saraiva, K.R.D.O., Fernandes, A.F.C., & Ximenes, L.B. (2010). *Análise do conceito de promoção da saúde.Texto & contexto enferm*, [Online] 19(3), 461-468. [consult. 03.Ago.2015]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/714/71416099007.pdf>

Marras, W. S. (2000). *Occupational low back disorder causation and control. Ergonomics*, [Online] 43(7), 880-902. [consult.03.Ago.2015]. Disponível em https://spine.osu.edu/sites/spine.osu.edu/files/uploads/Publications/2000/Ergonomics_2000_43-7_880-902.pdf

Marziale, M. H. P., & Carvalho, E. D. (1998). *Condições ergonômicas do trabalho da equipe de enfermagem em unidade de internação de cardiologia. Rev Latino-am Enfermagem*, [Online] 6(1), 99-117.[consult.22.Jul.2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v6n1/13926>

McEwen, M.,Wills, E.M.(2009). *Bases teóricas para enfermagem (2ªed)*. Porto Alegre: Artmed.

Niedhammer, I., Lert, F., & Marne, M. J. (1994). *Back pain and associated factors in French nurses. International archives of occupational and environmental health*, [Online] 66(5), 349-357., [consult. 03.Ago.2015]. Disponível em <http://link.springer.com/article/10.1007/BF00378369#page-1>

Oliveira, A. J. E. D., & Suzana, M. S. A. (2011). *Enfermagem em saúde ocupacional*. [Online], (41), 115-122. [consult.20.Jun.2015] Disponível em <http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/1230/1/Enfermagem%20em%20Sa%C3%BAde%20Ocupacional.pdf>

Oliveira, A. G. d. (2009). *Bioestatística, Epidemiologia e Investigação*. Lisboa: Lidel.

Ordem dos Enfermeiros. Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem. OE. Lisboa. Acesso em 2 de setembro de 2015, Disponível em

Ordem dos Enfermeiros. Dados estatísticos a 31-12-2013.(2014). Lisboa, OE Acesso em 2 de setembro de 2015. Disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/membros/DadosEstatisticos/2013/files/assets/common/downloads/Dados%20Estat.pdf>

Pais Ribeiro, J., & Marques, T. (2009). *A avaliação do stresse: a propósito de um estudo de adaptação da escala de percepção de stresse*. *Psicologia, Saúde & Doenças*, [Online], 10(2), 237-248. [consult.20.Jun.2015] <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v10n2/v10n2a07.pdf>

Paiva,T. & Penzel, T. (2011). *Centro de medicina do sono: manual prático*. Lousã: Lidel.

Pavani, R. A., & Ambiente, (2007) M. *Análise de Risco Ergonómico: a aplicação do método Occupational Repetitive Actions (OCRA) em um posto de trabalho do sector gráfico*. [Online], [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.fisioterapia.com/public/files/artigo/ocra02.pdf>

Pender,N (2011). *The Health Promotion Model: manual*. [Online] [consult.20.Mai.2015] Disponível em http://deepblue.lib.umich.edu/bitstream/handle/2027.42/85350/HEALTH_PROMOTION_MANUAL_Rev_5-2011.pdf

Pera, C. M. (2007). *Ginástica Laboral como ferramenta para a Qualidade de Vida. Qualidade de Vida e Fadiga Institucional*, [Online] 127. [consult. 22.Jul.2015] Disponível em http://fefnet184.fef.unicamp.br/fef/sites/uploads/deafa/qvaf/fadiga_cap9.pdf

Plano Nacional de Saúde 2012-2016. [Online] Direção Geral da Saúde, (2012). [consult.03.Ago.2015]. Disponível em [http://pns.dgs.pt/2010/03/30/planearestrategias – saúde](http://pns.dgs.pt/2010/03/30/planearestrategias-saude)

Poletto, S. S. (2002). *Avaliação e implantação de programas de ginástica laboral, implicações metodológicas*. [Online], [consult. 20.jun.2015]. Disponível em <http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/2488/000370599.pdf?sequ>

Radovanovic, C. A. T., & Alexandre, N. M. C. (2008). *Validação de um instrumento para avaliar a movimentação e transferência de pacientes. Ciência, Cuidado e Saúde*, [Online] 1(2), 277-286. [consult.22.Jul.2015]. Disponível em <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/viewArticle/5588>

Ribeiro, J.L.P.(1999). *Investigação e avaliação em psicologia e saúde*. Lisboa: Climepsi Editores.

Ribeiro, J. L. P.; Honrado, A. A. J., & Leal, I. P. (2004). *Contribuição para o estudo da adaptação portuguesa das escalas de ansiedade, depressão e stress (EADS) de 21 itens de Lovibond e Lovibond. Psicologia, Saúde e Doenças* [Online] . Vol. 5, p.229-239 [consult. 21.Jan.2015]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v5n2/v5n2a07.pdf>

Rodrigues, F. S., Silva, A. S., Penteado, A. X., & Gasparatto, T. F. (2009). Análise da eficácia de um programa de cinesioterapia/ginástica laboral. *Rev F@pciência*, [Online].3(5), 53-64. [consult.20.Mai.2015]. Disponível em http://www.fap.com.br/fapciencia/003/edicao_2009/005.pdf

Salve, M. G. C., & Bankoff, A. D. P. (2003). *Postura corporal: um problema que aflige os trabalhadores. Rev. bras. saúde ocup*, [Online] 28(105/106), 91-103. vol.28, [consult. 20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/rbso/v28n105-106/10.pdf>.

Santos, J. M. S. D. (2009). *Desenvolvimento de um guião de selecção de métodos para análise do risco de lesões músculo-esqueléticas relacionadas com o trabalho (LMERT)*. [Online], [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/10706/1/TESE%2520JOSE%2520SANTOS%25202009.pdf>

Santos, M., & Almeida, A. (2012). *Enfermagem na equipa de saúde ocupacional. Revista de Enfermagem Referência*, [Online] (6), 147-155. [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/pdf/ref/vserIIIn6/serIIIn6a14.pdf>

Santos, R., & FUJÃO, C. (2003). *Antropometria. Material de apoio do curso de Pós-Graduação Técnico Superior de HST da Universidade de Évora*. Portugal. [Online] [consult.20.Jun.2015]. Disponível em <http://www.histeo.dec.ufms.br/materiais/projetodeinteriores/04%20-%20Antropometria%20-%20Raquel%20Santos%20e%20Carlos%20Fujao.pdf>

Scorsolini-Comin, F., & dos Santos, M. A. (2010). Avaliação do bem-estar subjetivo (BES): Aspectos conceituais e metodológicos. *Interamerican Journal of Psychology*, [Online] 44(3), 442-448. [consult.03.Ago.2015]. Disponível em <http://www.redalyc.org/pdf/284/28420658005.pdf>

Serranheira, F., Pereira, M., Santos, C., & Cabrita, M. (2003). Auto-referência de sintomas de lesões músculo-esqueléticas ligadas ao trabalho (LMELT) numa grande empresa em Portugal. *Rev Port Saúde Pública*, [Online] 2, 37-48. [consult.20.Jun.2015] Disponível em <http://www.cdi.ensp.unl.pt/docbweb/multimedia/rpsp2003-2/2-04-2003.pdf>

Silva, É. C., & Heleno, M. G. V. (2012). *Qualidade de vida e bem-estar subjetivo de estudantes universitários*. *Revista Psicologia e Saúde*, [Online] 4(1). [consult.03.Ago.2015]. Disponível em https://scholar.google.pt/scholar?q=Qualidade+de+vida+e+Bem-estar+Subjetivo+de+Estudantes+universitarios+&btnG=&hl=pt-PT&as_sdt=0%2C5

Smedley, J., Egger, P., Cooper, C., & Coggon, D. (1997). *Prospective cohort study of predictors of incident low back pain in nurses*. *Bmj*, [Online] 314(7089), 1225. [consult.03.Ago.2015]. Disponível em <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2126588/pdf/9154024.pdf>

Tomey, A.M. & Alligood, M.R.(2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5nd ed). Loures, Lusociência.

Verderi, E.(2008). *Programa de educação postural*. (2ªed).São Paulo: Phorte Editora Lda

Vidal, M. C. (2000). *Introdução à ergonomia*. *Apostila do Curso de Especialização em Ergonomia Contemporânea/CESERG.*, [Online] Rio de Janeiro: COPPE/GENTE/UFRJ. [consult.20.Jun.2015]. Disponível em http://saudeemovimento.net.br/wp-content/uploads/bsk-pdf-manager/220_2014-07-07.PDF

Vilelas, J. (2009). *Investigação: o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Silabo

Zanon, E., & Marziale, M. H. P. (2000). *Avaliação da postura corporal dos trabalhadores de enfermagem na movimentação de pacientes acamados*. *Rev Esc Enferm USP*,

[Online] 34(1), 26-36.[consult.03.Ago.2015]. Disponível em
<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v34n1/v34n1a04.pdf>

Zilli, C. (2002). *Manual de Cinesiologia/ Ginástica Laboral: Uma Tarefa Interdisciplinar com Acção Multiprofissional*. São Paulo. Lovise.

ANEXOS

Caro participante por favor responda com veracidade, só assim podemos fazer uma análise rigorosa
 Caso tenha dúvidas por favor contacte.
 Muito obrigado pela disponibilidade

Dados Gerais Função/ Funcionario

(adaptado Deliberato, P. C. P. (2002). *FISIOTERAPIA PREVENTIVA - Fundamentos e Aplicações*. Tamboré: Malone, pag 157)

Data	Codigo...../
Local de Trabalho	Internamento () Bloco ()
Posto de trabalho	Enfermaria() Call Center() Apoio Domiciliário() Anestesia() Circulante() Instrumentista() Cirurgião() Mensageiro() Copa() Secretariado()
Profissão	Administrativo() Assistente Operacional() Enfermeiro() Medico() Assistente Social() Enfermeiro de reabilitação()
Sexo	Feminino () Masculino ()
Idade	
Tempo de serviço	
Carga horaria	35h() 40h() 42h()
Tipo de horário	Diurno() Noturno() Rotativo()

Dados Antropométricos

(adaptado Deliberato, P. C. P. (2002). *FISIOTERAPIA PREVENTIVA - Fundamentos e Aplicações*. Tamboré: Malone, pag. 167)

Peso (em Kg)	
Altura (cm)	
Altura do cotovelo fletido (em pé)	
Estatuta (sentado)	
Altura tronco-cefálica	
Altura dos olhos (sentado)	
Altura do ombro (sentado)	
Altura do cotovelo fletido (sentado)	
Comprimento de antebraço-mão (sentado)	
Comprimento do braço	
Comprimento membro superior	

Comprimento da coxa (sentado)	
Comprimento da perna	
Comprimento do membro inferior	
Largura da cintura escapular	
Largura do tórax	
Largura do abdômen	
Largura da cintura pélvica	

Questionário bipolar

(adaptado Deliberato, P. C. P. (2002). *FISIOTERAPIA PREVENTIVA - Fundamentos e Aplicações*. Tamboré: Malone, pag.159)

Início do turno

1- Descansado	(1) (2) (3) (4) (5)	Cansado
2- Boa concentração	(1) (2) (3) (4) (5)	Dificuldade em concentrar
3- Tranquilo	(1) (2) (3) (4) (5)	Nervoso
4- Produtividade normal	(1) (2) (3) (4) (5)	Produtividade Comprometida
5- Ausência de dor de cabeça	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor de Cabeça
6- Ausência de dores no pescoço e ombros	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no pescoço e nos ombros
7- Ausência de dores nas costas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dores nas costas
8- Ausência de dor lombar	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor lombar
9- Ausência de dor nas coxas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nas coxas
10- Ausência de dor nas pernas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nas pernas
11- Ausência de dor nos pés	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nos pés
12- Ausência de dores nos braços, punhos e mãos	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nos braços, nos punhos e nas mãos
13- Ausência de dor no tórax	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no torax
14- Ausência de dor no estomago	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no estomago
15- Descansado visualmente	(1) (2) (3) (4) (5)	Cansaço visual

Meio do turno

1- Descansado	(1) (2) (3) (4) (5)	Cansado
2- Boa concentração	(1) (2) (3) (4) (5)	Dificuldade em concentrar
3- Tranquilo	(1) (2) (3) (4) (5)	Nervoso
4- Produtividade normal	(1) (2) (3) (4) (5)	Produtividade Comprometida
5- Ausência de dor de cabeça	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor de Cabeça
6- Ausência de dores no pescoço e ombros	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no pescoço e nos ombros
7- Ausência de dores nas costas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dores nas costas
8- Ausência de dor lombar	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor lombar

9- Ausência de dor nas coxas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nas coxas
10- Ausência de dor nas pernas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nas pernas
11- Ausência de dor nos pés	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nos pes
12- Ausência de dores nos braços, punhos e mãos	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nos braços, nos punhos e nas mãos
13- Ausência de dor no tórax	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no torax
14- Ausência de dor no estomago	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no estomago
15- Descansado visualmente	(1) (2) (3) (4) (5)	Cansaço visual

Fim do turno

1- Descansado	(1) (2) (3) (4) (5)	Cansado
2- Boa concentração	(1) (2) (3) (4) (5)	Dificuldade em concentrar
3- Tranquilo	(1) (2) (3) (4) (5)	Nervoso
4- Produtividade normal	(1) (2) (3) (4) (5)	Produtividade Comprometida
5- Ausência de dor de cabeça	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor de Cabeça
6- Ausência de dores no pescoço e ombros	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no pescoço e nos ombros
7- Ausência de dores nas costas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dores nas costas
8- Ausência de dor lombar	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor lombar
9- Ausência de dor nas coxas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nas coxas
10- Ausência de dor nas pernas	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nas pernas
11- Ausência de dor nos pés	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nos pes
12- Ausência de dores nos braços, punhos e mãos	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor nos braços, nos punhos e nas mãos
13- Ausência de dor no tórax	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no torax
14- Ausência de dor no estomago	(1) (2) (3) (4) (5)	Dor no estomago
15- Descansado visualmente	(1) (2) (3) (4) (5)	Cansaço visual

Escala de Percepção do Stress

Marques, J. P. R. A. T. (2009). *Psicologia, Saude & Doença* pag 248

Nesta escala fazemos perguntas acerca dos seus sentimentos e pensamentos que ocorreram no último mês. Em cada uma pedimos para indicar com que frequência você se sentiu ou pensou de determinada maneira. Embora algumas das questões sejam parecidas, há diferenças entre elas e deverá responder a cada uma como uma questão diferente. A melhor maneira de o fazer é responder a cada questão rapidamente. Ou seja, não se preocupe em lembrar do número de vezes que se sentiu de determinada maneira. Em vez disso assinale a alternativa que lhe pareça uma estimativa razoável. As alternativas que pode escolher são: "Nunca"; "Quase Nunca", "Algumas vezes"; "Com muita frequência"; e "Muitas Vezes"

	Nunca	Quase nunca	Algumas Vezes	Com muita Frequência	Muitas Vezes
1 No último mês com que frequência se sentiu aborrecido com algo que correu inesperadamente?	A	B	C	D	E
2 No último mês com que frequência se sentiu que era incapaz de controlar as coisas que são importantes?	A	B	C	D	E
3 No último mês com que frequência se sentiu nervoso ou "stressado"?	A	B	C	D	E
4 No último mês com que frequência enfrentou com sucesso coisas aborrecidas e chatas?	A	B	C	D	E
5 No último mês com que frequência sentiu que estava a enfrentar com eficiência mudanças importantes que estavam a ocorrer na sua vida?	A	B	C	D	E
6 No último mês com que frequência se sentiu confiante na sua capacidade para lidar com os seus problemas pessoais?	A	B	C	D	E
7 No último mês com que frequência sentiu que as coisas estavam a correr como queria?	A	B	C	D	E
8 No último mês com que frequência reparou que não conseguia fazer todas as coisas que tinha que fazer?	A	B	C	D	E
9 No último mês com que frequência se sentiu capaz de controlar as suas irritações?	A	B	C	D	E
10 No último mês com que frequência sentiu que as coisas lhe estavam a correr pelo melhor?	A	B	C	D	E
11 No último mês com que frequência se sentiu irritado com coisas que aconteceram e que estavam fora do seu controlo?	A	B	C	D	E
12 No último mês com que frequência foi capaz de controlar o seu tempo?	A	B	C	D	E
13 No último mês com que frequência sentiu que as dificuldades se acumulavam ao ponto de não ser capaz de as ultrapassar?	A	B	C	D	E

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES)

Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Mai-Ago 2004, Vol. 20 n. 2, pp. 153-164

Subescala 1

Gostaria de saber como você tem se sentido ultimamente. Esta escala consiste de algumas palavras que descrevem diferentes sentimentos e emoções. Não há respostas certas ou erradas. O importante é que você seja o mais sincero possível. Leia cada item e depois escreva o número que expressa sua resposta no espaço ao lado da palavra, de acordo com a seguinte escala.

1 Nem um pouco	2 Um pouco	3 Moderadamente	4 Bastante	5 Extremamente
1) aflito_____	17) transtornado_____	33) abatido_____		
2) alarmado_____	18) animado_____	34) amedrontado_____		
3) amável_____	19) determinado_____	35) aborrecido_____		
4) ativo_____	20) chateado_____	36) agressivo_____		
5) angustiado_____	21) decidido_____	37) estimulado_____		
6) agradável_____	22) seguro_____	38) incomodado_____		
7) alegre_____	23) assustado_____	39) bem_____		
8) apreensivo_____	24) dinâmico_____	40) nervoso_____		
9) preocupado_____	25) engajado_____	41) empolgado_____		
10) disposto_____	26) produtivo_____	42) vigoroso_____		
11) contente_____	27) impaciente_____	43) inspirado_____		
12) irritado_____	28) receoso_____	44) tenso_____		
13) deprimido_____	29) entusiasmado_____	45) triste_____		
14) interessado_____	30) desanimado_____	46) agitado_____		
15) entendido_____	31) ansioso_____	47) envergonhado_____		
16) atento_____	32) indeciso_____			

Subescala 2

Agora você encontrará algumas frases que podem identificar opiniões que você tem sobre a sua própria vida. Por favor, para cada afirmação, marque com um X o número que expressa o mais fielmente possível sua opinião sobre sua vida atual. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é a sua sinceridade

1	2	3	4	5
Discordo Plenamente	Discordo	Não sei	Concordo	Concordo Plenamente
48. Estou satisfeito com minha vida.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
49. Tenho aproveitado as oportunidades da vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
50. Avalio minha vida de forma positiva.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
51. Sob quase todos os aspectos minha vida está longe do meu ideal de vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
52. Mudaria meu passado se eu pudesse				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
53.Tenho conseguido tudo o que esperava da vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
54. A minha vida está de acordo com o que desejo para mim.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
55. Gosto da minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
56. Minha vida está ruim				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
57. Estou insatisfeito com minha vida.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
58. Minha vida poderia estar melhor.....				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
59. Tenho mais momentos de tristeza do que de alegria na minha vida				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
60. Minha vida é “sem graça”				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
61. Minhas condições de vida são muito boas				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_
62. Considero-me uma pessoa feliz				_1_ _2_ _3_ _4_ _5_

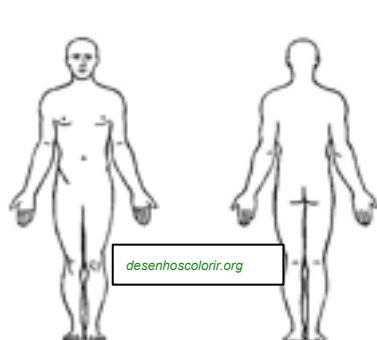
Escala Numérica Dor

Sem Dor 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Dor Máxima

A Escala Numérica consiste numa régua dividida em onze partes iguais, numeradas sucessivamente de 0 a 10. Esta régua pode apresentar-se ao doente na horizontal ou na vertical.

Pretende-se que (...) faça a equivalência entre a intensidade da sua Dor e uma classificação numérica, sendo que a 0 corresponde a classificação "Sem Dor" e a 10 a classificação "Dor Máxima" (Dor de intensidade máxima imaginável).

Localize e identifique a intensidade da dor



Início do Turno

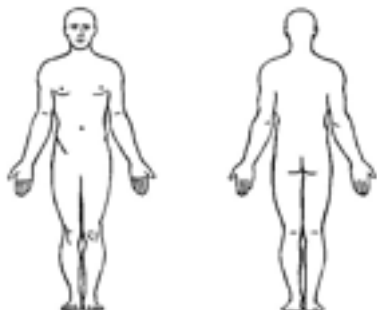
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Localize e identifique a intensidade da dor

Meio do Turno



-

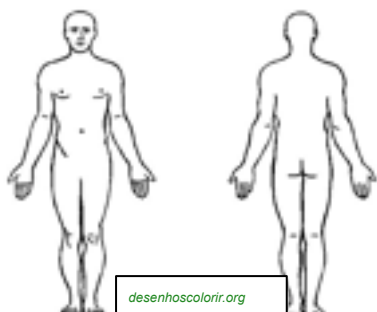
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Localize e identifique a intensidade da dor

Fim do Turno



desenhoscolorir.org

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

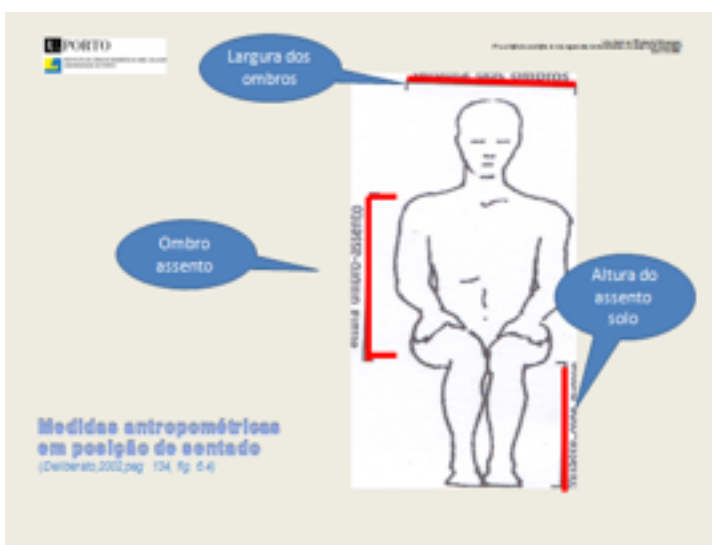
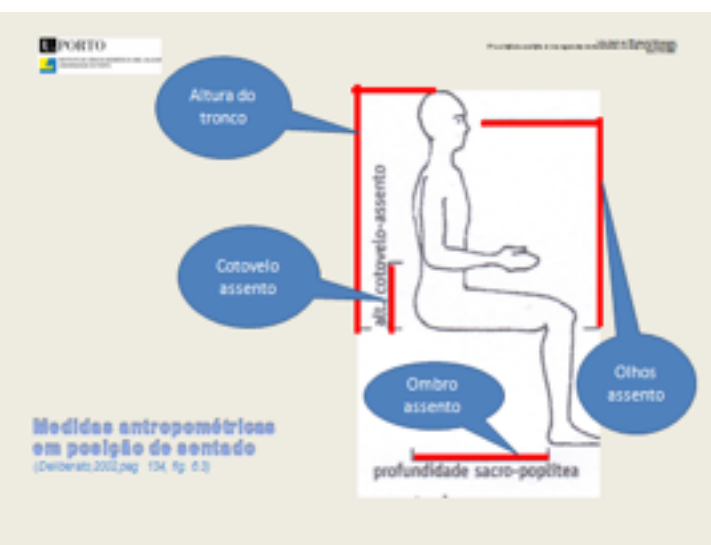
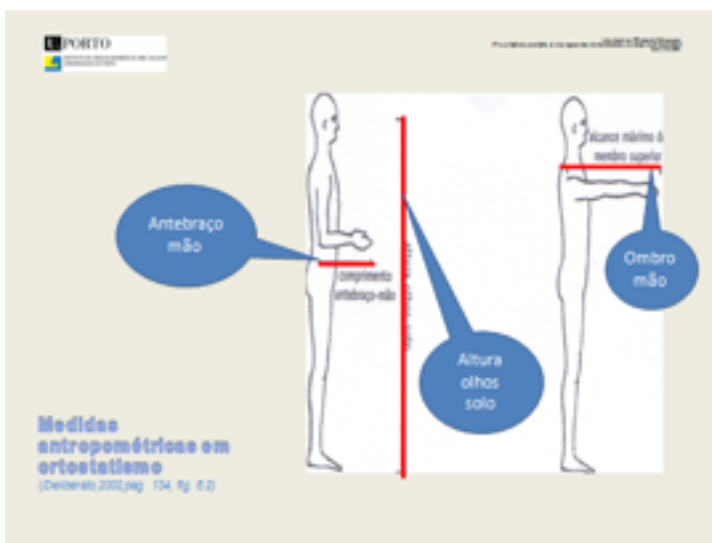
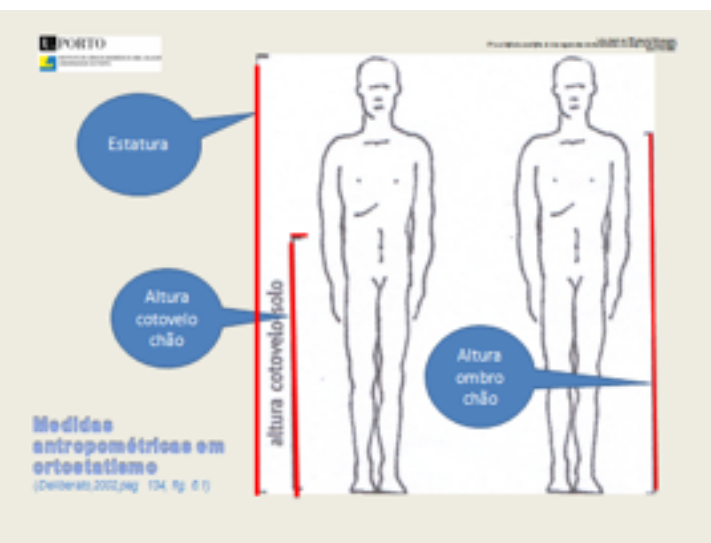
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Muito obrigado pela colaboração
 Bom Trabalho

*Isabel Ribeiro
 Manuela Martins*

GUIA DE AVALIAÇÃO DADOS ANTROPOMÉTRICOS



ANEXO II

Autorização dos Autores



Isabel Ribeiro <isabel.ribeiro59@gmail.com>

(sem assunto)

3 mensagens

Isabel Ribeiro <isabel.ribeiro59@gmail.com>

14 de Janeiro de 2013 às 19:46

Para "p.deliberato@uscs.edu.br" <p.deliberato@uscs.edu.br>

Caro Prof

Meu nome é Maria Isabel Barbosa Ribeiro, Enfermeira Chefe do Serviço de Neurocirurgia, estudante de Mestrado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS/UPA. Estou a realizar um estudo que tem como objetivos identificar os riscos ergonômicos a que estão submetidos os profissionais do serviço de Neurocirurgia e analisar a relação do bem-estar stress e dor com as atividades desenvolvidas pelo trabalhador do serviço de neurocirurgia. A minha orientadora é a Professora Doutora Manuela Martins.

O estudo vai ser constituído pelo autopreenchimento de questionário anexo, bem como a observação, e registo fotográfico por parte do investigador, da atividade através de uma grelha onde serão registados os posicionamentos adotados no desenvolvimento das atividades.

Tal como referimos, no facebook, gostaríamos de poder utilizar as fichas de avaliação descritas no seu livro *Fisioterapia Preventiva fundamentos e aplicações* no capítulo 7 - Modelo de Actuação Preventiva em Fisioterapia do Trabalho.

Desde já agradecemos a disponibilidade e aguardamos brevidade na resposta.

Com os melhores cumprimentos

Isabel Ribeiro

Enviado do meu iPad

Paulo C. P. Deliberato <p.deliberato@uscs.edu.br>

15 de Janeiro de 2013 às 13:19

Responder a: p.deliberato@uscs.edu.br

Para Isabel Ribeiro <isabel.ribeiro59@gmail.com>

Prezada Isabel,

Segue em anexo termo de anuência para utilização do material solicitado. Caso o conteúdo não seja suficiente, peço que me envie o modelo padrão do Comitê de Ética do ICBAS/UPA.

Destarte, desejo-lhe sucesso na atual empreitada e peço que envie saudações universitárias à sua orientadora, Profa. Dra. Manuela Martins.

Att.

Prof. Paulo C. P. Deliberato

Docente da Escola de Saúde

Universidade Municipal de São Caetano do Sul/USCS

Rua Santo Antônio 50, Centro, São Caetano do Sul-SP

[Citação ocultada]

--

Paulo C. P. Deliberato

Docente da Escola de Saúde

Universidade Municipal de São Caetano do Sul/USCS

Rua Santo Antônio 50, Centro, S.C. do Sul-SP



digitalizar0005.jpg
351K

Isabel Ribeiro <isabel.ribeiro59@gmail.com>

15 de Janeiro de 2013 à 16 17:07

Para Manuela Martins <mmartins@esenf.pt>, Maria Manuela Martins <mmmartins1956@gmail.com>

Aqui vai a resposta.

Ainda nao consegui abrir aqui no Hospital não consigo.

Beijo

----- Mensagem encaminhada -----

De: **Paulo C. P. Deliberato** <p.deliberato@uscs.edu.br>

Data: 15 de Janeiro de 2013 à 7 13:19

Assunto: Re:

Para: Isabel Ribeiro <isabel.ribeiro59@gmail.com>

[Citação ocultada]

--

Isabel Ribeiro



digitalizar0005.jpg
351K

De: José Luis Pais Ribeiro jlpr@fpce.up.pt
Assunto: RE: Pedido de autorização
Data: 5 de Fevereiro de 2013 às 10:02
Para: Isabel Ribeiro isabel.ribeiro59@gmail.com

JL

Autorizo a utilização das escalas pedidas

José Luís Pais Ribeiro

jlpr@fpce.up.pt

mobile phone: (351) 965045590

web page: <http://sites.google.com/site/jpaisribeiro/>

De: Isabel Ribeiro [isabel.ribeiro59@gmail.com]
Enviado: domingo, 27 de Janeiro de 2013 22:04
Para: José Luis Pais Ribeiro
Assunto: Pedido de autorização

Caro Prof

Meu nome é Maria Isabel Barbosa Ribeiro, Enfermeira Chefe do Serviço de Neurocirurgia, estudante de Mestrado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS/UPA. Estou a realizar um estudo que tem como objetivos identificar os riscos ergonómicos a que estão submetidos os profissionais do serviço de Neurocirurgia e analisar a relação do bem-estar stress e dor com as atividades desenvolvidas pelos trabalhadores.

A minha orientadora e a Professora Doutora Manuela Martins.

O estudo vai ser constituído pelo autopreenchimento de questionário, bem como a observação, e registo fotográfico por parte do investigador, da atividade através de uma grelha onde serão registados os posicionamentos adotados no desenvolvimento das atividades.

Para avaliar o stress gostaríamos de poder utilizar as seguintes escalas:

Escala de Perceção do Stress, Psicologia, Saude & Doença pág 248 e

Escala de Bem-Estar Subjetivo (EBES) Psic.: Teor. e Pesq., Brasília, Mai-Ago 2004, Vol. 20 n. 2, pp. 153-164

Desde já agradecemos a disponibilidade e aguardamos brevidade na resposta

Com os melhores cumprimentos

Isabel Ribeiro

--

This message has been scanned for viruses and dangerous content by [MailScanner](#), and is believed to be clean.

São Paulo, 15 de janeiro de 2013.

TERMO DE ANUÊNCIA

Autorizo Maria Isabel Barbosa Ribeiro, mestranda do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS/UPA, orientanda da Professora Dra. Manuela Martins, a utilizar as fichas de avaliação presentes no capítulo 7, páginas 145 a 200, do livro de minha autoria intitulado *Fisioterapia preventiva: fundamentos e aplicações*, publicado pela Editora Manole, 2002.

Sendo o que me cabia anuir, despeço-me e subescrevo-me abaixo.



Paulo César Porto Deliberato

Autor – Documento de identidade 15.996.691-7 SSP/SP

ANEXO III

Consentimento Informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

*Considerando a "Declaração de Helsínquia" da Associação Médica Mundial
(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

A avaliação das condições de risco ergonómico dos trabalhadores no serviço de Neurocirurgia

Eu, _____

_____, tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação ou explicação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de recusar a todo o tempo a minha participação no estudo, sem que isso possa ter como efeito qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Por isso, consinto que me seja aplicado o método, o tratamento ou o inquérito proposto pelo investigador.

Porto, _____ / _____ / 2013

Assinatura do Profissional

Os Investigadores responsáveis:

Assinaturas:

Maria Isabel Barbosa Ribeiro

Maria Manuela Martins

ANEXO IV

Carta de Informação Participantes

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR – ICBAS/UP

INFORMAÇÃO PARA O PARTICIPANTE DO ESTUDO

Meu nome é Maria Isabel Barbosa Ribeiro, Enfermeira Chefe do Serviço de Neurocirurgia, estudante de Mestrado do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar – ICBAS/UP. Estou a realizar um estudo que tem como objetivos identificar os riscos ergonómicos a que estão submetidos os profissionais do serviço de Neurocirurgia e analisar a relação do bem-estar *stress* e dor com as atividades desenvolvidas pelo trabalhador do serviço de neurocirurgia.

O estudo vai ser constituído pelo autopreenchimento de questionário anexo, bem como a observação, e registo fotográfico por parte do investigador, da atividade através de uma grelha onde serão registados os posicionamentos adotados no desenvolvimento das diversas funções. O anonimato será preservado. Cada questionário demora em média vinte minutos a preencher.

Sendo um estudo que pode contribuir para o seu bem-estar contamos com a sua disponibilidade.

Liberdade de escolha e direito de recusar:

Não precisa de responder a perguntas que não queira. Pode decidir se quer ou não participar do estudo. Pode também decidir parar de participar em qualquer momento. A decisão sobre a não participação da pesquisa não o afetará.

Riscos e Benefícios:

Pensamos que não existem riscos em participar no estudo. O benefício pode ser a hipótese de refletir sobre e tomar consciência dos riscos ergonómicos a que está sujeito. Por favor, não se sinta pressionado para falar sobre alguma coisa que não deseje. Não haverá gastos e não receberá dinheiro para participar desta pesquisa.

Privacidade e o aspecto confidencial:

É livre para decidir se quer ou não participar da entrevista/ questionário. Toda informação será mantida em segredo, exceto quando se tratar de assunto que o código profissional, de ética ou legal requer que seja comunicado. Por exemplo, caso o assunto envolvido estiver proporcionando algum tipo de risco para si, a pesquisadora tem obrigação de informar ao serviço de saúde.

Para entrar em Contato:

Para qualquer esclarecimento, poderá entrar em contato com a pesquisadora Maria Isabel Barbosa Ribeiro no serviço de **Neurocirurgia** e/ou com a Professora Doutora Maria Manuela Martins no **ICBAS/UP**. Sua

identidade e privacidade serão preservadas; apenas as suas respostas serão apresentadas em congressos e publicadas em periódicos científicos.

ANEXO V

Pedido de Autorização



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE

Questionário para submissão de projecto de investigação à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João EPE



A preencher pela CES	
Projecto: ____ / ____	
Relator: _____	
Data de Recepção: ____ / ____ / ____	
Data de Parecer da CES: ____ / ____ / ____	

NOTA: A Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de S. João (CES) chama a atenção dos investigadores para a legislação actual, Lei 46/2004 de 19 de Agosto, que comete à CEIC a responsabilidade de elaborar pareceres sobre Ensaios Clínicos.

1. IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO / PROJECTO

a. *Nome do Investigador Principal:*

Maria Isabel Barbosa Ribeiro / Professora Doutora Maria Manuela Martins

b. *Título do Estudo / Projecto de Investigação:*

A avaliação das condições de risco ergonómico dos trabalhadores no serviço de Neurocirurgia

c. *Nome da Entidade Promotora (se aplicável):*

Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto – ICBAS/UP
Escola Superior de Enfermagem do Porto – ESEP

d. *Serviço(s) hospitalar(es) onde será realizada a investigação:*

Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de São João – EPE

e. *Existem outros centros, nacionais ou não, onde a mesma investigação será efectuada?*

SIM ☐

NÃO ☒

f. *Descreva, sucintamente, os objectivos da investigação:*

Identificar os riscos ergonómicos a que estão submetidos os profissionais do serviço de Neurocirurgia.
Analisar a relação do bem-estar stress e dor com as atividades desenvolvidas pelo trabalhador do serviço de neurocirurgia.

g. *Data previsível de conclusão do Estudo / Projecto de Investigação:*

20/07/2013

(Após a conclusão do estudo / projecto de investigação deve comunicar à CES o seu término, bem como enviar cópia dos resultados obtidos)

2. RISCOS / BENEFÍCIOS

a. *A investigação envolve doentes?*

SIM ☐

NÃO ☒

b. *A investigação envolve voluntários sãos?*

SIM ☒

NÃO ☐

c. *Que benefícios imediatos poderão advir para os participantes?*

O presente estudo permite a consciencialização dos riscos ergonómicos a que o profissional em causa está sujeito bem como ajuda a identificar más práticas orientado para uma prática preventiva

d. *Que riscos ou incómodos lhes podem ser causados?*

O presente estudo não tem como intuito oferecer quaisquer tipos de danos, riscos, desconfortos e/ou gastos financeiros aos participantes, assegurando-lhes que serão preservadas a identidade e a privacidade, sobre todos os aspectos envolvidos.

e. *A investigação envolve indivíduos privados do exercício de autonomia (crianças, pessoas com incapacidade temporária ou permanente do exercício de autonomia)?*

SIM ☐ Quais?

Que razões justificam este envolvimento?

NÃO ☒

3. **CONFIDENCIALIDADE**

a. *Serão realizados questionários aos participantes?*

SIM ☒ (Se sim, junte, por favor, um exemplar do questionário que será utilizado)

NÃO ☐

b. *Indique como será garantida a confidencialidade dos dados obtidos?*

O presente estudo garante a confidencialidade de todos os dados obtidos, sendo assegurada a identidade e a privacidade dos participantes.

c. *Está previsto o acesso aos dados do processo clínico do doente?*

SIM ☐

NÃO ☒

c.1. *Se sim, por quem?*

c.2. *Se sim, está assegurada a utilização da Ficha Clínica Avaliável (FCA)?*

SIM ☐

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

4. **CONSENTIMENTO**

a. *Está prevista a obtenção de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido?*

SIM ☒

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

b. *Está contemplada uma informação escrita para o participante, clarificadora dos objectivos, dos riscos e dos benefícios decorrentes deste estudo/projecto de investigação, bem como da sua inteira liberdade para decidir da sua aceitação em participar?*

SIM ☒

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

(se sim, junte uma cópia da informação a prestar ao doente, bem como do impresso a ser assinado para esse fim – pelo doente, por quem o represente, se incapaz, se analfabeto ou a rogo. O modelo disponibilizado pela Comissão de Ética para a Saúde para obtenção de consentimento após adequada informação é **optativo**)

5. **PROPRIEDADE DOS DADOS**

a. Os dados obtidos constituirão propriedade exclusiva do Promotor/Investigador?

SIM ☒

NÃO ☐

b. Estão definidos critérios de publicação dos resultados da investigação?

SIM ☒

NÃO ☐

NÃO APLICÁVEL ☐

6. RETRIBUIÇÃO FINANCEIRA

a. A investigação proposta envolve exames complementares?

SIM ☐ Quem suportará os seus custos?

(Deve apresentar declaração da entidade referida, bem como o protocolo financeiro com o Centro Hospitalar de São João EPE)

NÃO ☒

b. Este projecto é financiado?

SIM ☐ Qual a entidade financiadora?

NÃO ☒

c. Estão clarificados no protocolo financeiro o âmbito e as condições do financiamento?

SIM ☐

NÃO ☐

d. Está contemplado qualquer ressarcimento ou remuneração aos doentes:

	SIM	NÃO	NÃO APLICÁVEL
Pela participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pelas deslocações	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pelas faltas ao serviço	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
Pelos danos resultantes da sua participação no estudo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

7. SEGURO

- a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

NÃO ☒

NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **Maria Isabel Barbosa Ribeiro** e **Prof^a. Doutora Maria Manuela Martins**, abaixo-assinados, na qualidade de Investigadores Principais, declaramos por nossa honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaramos que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, ____ / ____ / 2012

O Investigador Principal






PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO	
emitido na reunião plenária da CES de ____ / ____ ____ / ____ ____	

ANEXO VI

Projeto Comissão de Ética

Bo CA c/ pmen
 11.4.13

AUTORIZADO

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE			
Presidência do Conselho de Administração 16 ABR 2013			
 (Prof. Doutor António Pereira)			
Directora Clínica	Enfermeira Directora	Vogal Executiva	Vogal Executiva
 (Dra. Margarida Tavares)	 (Enfermeira Surlace Pereira)	 (Dra. Maria Santos)	 (Dr. João Oliveira)

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho de Administração do
 Centro Hospitalar de S. João – EPE

Assunto: Pedido de autorização para realização de estudo/projecto de investigação

Nome do Investigador Principal: Maria Isabel Barbosa Ribeiro
 Professora Doutora Maria Manuela Martins

Título do projecto de investigação: A avaliação das condições de risco
 ergonómico dos trabalhadores no serviço de
 Neurocirurgia

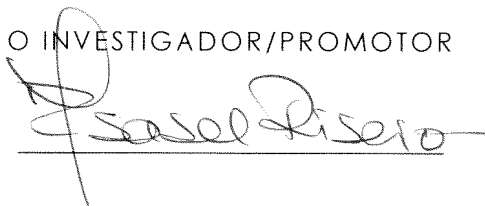
Eu, **Maria Isabel Barbosa Ribeiro**, Enfermeira Chefe do Serviço de **Neurocirurgia** – Internamento e Bloco Operatório do Centro Hospitalar de S. João – EPE, com a Especialidade de Enfermagem de Reabilitação, pretendo realizar no serviço supracitado o estudo/projecto de investigação em epígrafe, solicito a V. Exa., na qualidade de Investigador/Promotor, autorização para a sua efectivação.

Para o efeito, anexo toda a documentação referida no dossiê da Comissão de Ética do Centro Hospitalar de S. João respeitante a estudos/projectos de investigação, à qual endereçou pedido de apreciação e parecer.

Com os melhores cumprimentos.

Porto, 11 / Janeiro / 2013

O INVESTIGADOR/PROMOTOR



COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO - EPE

Parecer

Título do Projecto: A avaliação das condições de risco ergonómico dos trabalhadores no serviço de Neurocirurgia

Nome do Investigador Principal: Maria Isabel Barbosa Ribeiro

Enfermeira Chefe do Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de S. João - EPE

Prof. Doutora Maria Manuela Martins do Instituto de Ciências Médico Abel Salazar

Objectivo do Estudo: Incorporação em Tese de Mestrado

Local onde decorrerá o Estudo: Serviço de Neurocirurgia do Centro Hospitalar de S. João - EPE

Concepção e Pertinência do Estudo

Os profissionais do Serviço de Neurocirurgia estão expostos a riscos ergonómicos que causam com frequência lesões musculo esqueléticas tendo como consequência elevado absentismo, diminuição de qualidade das práticas diárias, fadiga e diminuição da qualidade de vida.

O ambiente de trabalho que rodeia os profissionais desta área é agressivo física e emocionalmente, com práticas repetitivas, técnicas e práticas de levantamento de doentes imperfeitas, movimentação e transporte de doentes, inaptidão física dos profissionais e esforço físico muitas vezes excessivo.

O estudo vai ser constituído por auto preenchimento de questionários através dos quais se pretende descrever as características demográficas e psicométricas dos profissionais do Serviço, índices de bem estar, stress e dor e ainda os riscos ergonómicos e as actividades desenvolvidas no Serviço de Neurocirurgia identificando-os por grupo profissional.

Através da observação e registo fotográfico vai ser estudada a actividade dos profissionais e registados os posicionamentos adoptados na execução das diferentes tarefas.

Cada questionário demora cerca de 20 minutos a preencher e será anonimizado.

A informação aos participantes está assegurada bem como o consentimento informado.

A amostra será constituída por todos os profissionais do Serviço de Neurocirurgia, enfermeiros, assistentes operacionais e médicos.

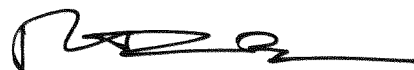
A conclusão do Estudo está prevista para fins de Julho de 2013.

O estudo afigura-se pertinente porque dela podem resultar benefícios para os profissionais de saúde que trabalham nesta área.

Conclusão: Proponho à CES um parecer favorável à realização deste projecto.

Porto e C.H. de S. João - EPE, 2013/01/25

O Relator

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'Rui Barbosa', written in a cursive style.

Eng. Rui Barbosa

7. SEGURO

- a. *Este estudo/projecto de investigação prevê intervenção clínica que implique a existência de um seguro para os participantes?*

SIM ☐ (Se sim, junte, por favor, cópia da Apólice de Seguro respectiva)

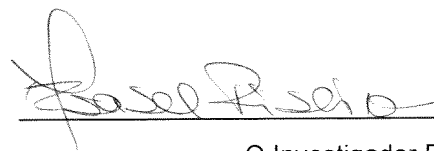
NÃO ☒

NÃO APLICÁVEL ☐

8. TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, **Maria Isabel Barbosa Ribeiro** e **Prof^a. Doutora Maria Manuela Martins**, abaixo-assinados, na qualidade de Investigadores Principais, declaramos por nossa honra que as informações prestadas neste questionário são verdadeiras. Mais declaramos que, durante o estudo, serão respeitadas as recomendações constantes da Declaração de Helsínquia (com as emendas de Tóquio 1975, Veneza 1983, Hong-Kong 1989, Somerset West 1996 e Edimburgo 2000) e da Organização Mundial da Saúde, no que se refere à experimentação que envolve seres humanos.

Porto, 11 / fevereiro / 2013



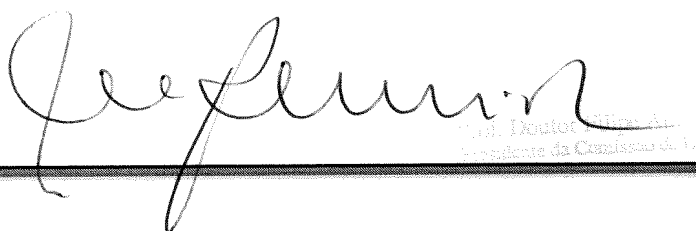
O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES

de 25 / fevereiro / 2013

A Comissão de Ética para a Saúde
APROVA por unanimidade o parecer do
Relator, pelo que nada tem a opor à
realização deste projecto de investigação.



Prof. Doutor Cláudio
Presidente da Comissão de Ética